РУКОВОДСТВО



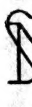
ОШИБКИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ОНКОЛОГИИ

«МЕДИЦИНА»

С
Е
С

Р
Д

Пос
чле
про



Мо

ОШИБКИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ОНКОЛОГИИ

РУКОВОДСТВО ДЛЯ ВРАЧЕЙ

Под редакцией
члена-корреспондента АМН СССР В. И. ЧИССОВА,
профессора А. Х. ТРАХТЕНБЕРГА



Москва «Медицина» 1993

ББК 55.6
О96
УДК 616-006-07+616-006-08/-035.7

Рецензент: *В. Л. Ганул, проф., директор Киевского научно-исследовательского рентгенорадиологического и онкологического института МЗ УССР.*

Авторы:

В. И. Чиссов, чл.-корр. АМН СССР; **А. Х. Трахтенберг**, проф.; **А. М. Авербах**, канд. мед. наук; **К. А. Агамова, проф.**; **В. М. Араблинский, проф.**; **Ю. В. Артюшенко**, канд. мед. наук; **Е. Т. Антошечкина**, докт. мед. наук; **П. Г. Битюцкий**, канд. мед. наук; **В. И. Борисов**, докт. мед. наук; **Ю. Я. Грицман**, проф.; **В. Н. Герасименко**. проф.; **В. П. Демидов**, проф.; **Л. А. Дурнов**, проф.; **Л. А. Еремина**, докт. мед. наук; **Н. И. Забазный**, канд. мед. наук; **Е. С. Киселева**, проф.; **А. С. Мамонтов**, проф.; **И. А. Максимов**, проф.; **Б. П. Матвеев**, проф.; **И. С. Назаров**, канд. мед. наук; **А. З. Науменко**, канд. мед. наук; **Е. Г. Новикова**, канд. мед. наук; **В. О. Ольшанский**, проф.; **Н. А. Осипова**, проф.; **Л. Д. Островцев**, докт. мед. наук; **Т. А. Панкова**, канд. мед. наук; **Ю. А. Рахманин**, канд. мед. наук; **Ю. Н. Савинкин**, канд. мед. наук; **С. А. Сергеев**, канд. мед. наук; **В. В. Соколов**, канд. мед. наук; **Е. Ф. Странадко**, докт. мед. наук; **Н. Н. Трапезников**, акад. АМН СССР; **А. Т. Тхоров**, канд. мед. наук; **Г. А. Франк**, проф.

О96 **Ошибки в клинической онкологии:** Руководство для врачей/Под ред. В. И. Чиссова, А. Х. Трахтенберга. — М.: Медицина, 1993. — 544 с.: ил. — ISBN 5—225—01040—7.

В руководстве отражены наиболее типичные диагностические и тактические ошибки, встречающиеся в практике врачей при выявлении и первичном обращении онкологических больных, диагностике злокачественных опухолей, а также при планировании и проведении хирургического, лучевого, лекарственного, противоопухолевого, комбинированного и комплексного лечения.

Руководство рассчитано на онкологов.

О $\frac{4108080000—247}{039(01)—93}$ 128—91 **ББК 55.6**

ISBN 5—225—01040—7

ПРЕДИСЛОВИЕ

Современное состояние онкологии как самостоятельной научно-практической дисциплины позволяет утверждать, что существуют реальные возможности добиться стойкого излечения или продолжительных ремиссий у большинства больных со злокачественными опухолями при условии их своевременного выявления, а также использования правильной диагностической и лечебной тактики. Неоспоримыми доказательствами этого являются ежегодно увеличивающееся число больных III клинической группы и различия между показателями заболеваемости и смертности.

Онкологическая служба в нашей стране тесно связана с другими службами, функции и задачи которых заключаются в профилактике, диагностике и лечении онкологических заболеваний, а также реабилитации больных и диспансерном наблюдении за ними после лечения. Существующая система онкологической помощи рассчитана на четкое взаимодействие с общей сетью лечебно-профилактических учреждений в проведении мероприятий по профилактике, диагностике, лечению предопухолевых и опухолевых заболеваний, диспансеризации больных с хроническими и предопухолевыми заболеваниями. Это взаимодействие конкретно реализуется на уровне онкологических отделений и кабинетов поликлиник и больниц общелечебной сети. Известно, что в большинстве случаев злокачественные опухоли диагностируют врачи амбулаторно-поликлинических учреждений и лишь 10—12% активно выявляют при профилактических осмотрах населения. В связи с этим можно предполагать заинтересованность врачей всех специальностей в рассмотрении обсуждаемых в руководстве проблем.

Ошибки в клинической онкологии всегда были предметом особого обсуждения в отечественной литературе. Так, в монографиях Н. Н. Блохина, С. Б. Коржа, Ю. Я. Грицмана, руководствах и сборниках под редакцией А. В. Мельникова, Ю. А. Ратнера, В. Н. Демина, Р. Райченкова, В. Андреева и Б. Кристева уже рассматривались разного рода диагностические, лечебные и организационные ошибки в клинической онкологии. Вместе с тем онкологическая практика требует вновь и вновь возвращаться к этой проблеме с позиций нового опыта и увеличивающегося научно-техниче-

ского потенциала. В клинической онкологии особенно остро стоит вопрос о ранней диагностике, успех которой зависит от квалифицированной работы не только онкологов, но и врачей общей лечебной сети. Именно от них зависят активное выявление и своевременное направление больных в специализированное учреждение. Ранняя диагностика онкологического заболевания в итоге является основной задачей, от решения которой во многом зависит эффективность лечения. Однако наряду с первичной диагностикой большое значение в этом принадлежит рациональной уточняющей диагностике и адекватной лечебной тактике.

Данное руководство основано на многолетнем клиническом опыте сотрудников Московского научно-исследовательского онкологического института им. П. А. Герцена и Всесоюзного онкологического научного центра АМН СССР. В общих главах приведены причины, классификация врачебных ошибок на основных этапах в клинической онкологии, ошибки методического характера при хирургическом, комбинированном и комплексном лечении, а также при лучевой терапии и химиотерапии. В самостоятельные главы выделены диагностические ошибки при использовании различных методов исследования, ошибки при обезболивании и интенсивной терапии, проводимой до и после оперативных вмешательств, при реабилитации больных после лечения, а также деонтологические ошибки. Частные аспекты врачебных ошибок при диагностике и лечении рассмотрены в специальных главах, посвященных злокачественным опухолям отдельных локализаций. Авторы полагают, что обсуждение типичных ошибок, возникающих на всех этапах диагностики и лечения злокачественных опухолей, поможет не только онкологам, но и, что особенно важно, врачам общей лечебной сети в более четком понимании причин врачебных ошибок и путей их предупреждения.

ГЛАВА 1

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ИЗУЧЕНИЯ ВРАЧЕБНЫХ ОШИБОК В КЛИНИЧЕСКОЙ ОНКОЛОГИИ

Клиническая онкология выделена как самостоятельный раздел медицины, однако сохранились ее тесные связи с другими научно-практическими дисциплинами, а также общие закономерности диагностики и лечения онкологических заболеваний. Между тем выявление и лечение злокачественных опухолей имеет ряд особенностей. Незнание их порождает врачебные ошибки, которые, как правило, создают посредственную угрозу жизни больного. В клинической онкологии мы вправе говорить как об общемедицинских, так и о конкретных ошибках, характерных для данного раздела медицины.

Н. И. Пирогов первым начал откровенный и серьезный разговор об ошибках во врачебной деятельности и ввел термин «врачебные ошибки». По этому поводу он писал: «...Я положил себе за правило... не скрывать от моих учеников и, если не сейчас же, то потом и немедля открывать перед ними сделанную мною ошибку, будет ли она в диагнозе или лечении болезни... Я хочу... правдивого, открытого признания в своих ошибках и посредством запутанного механизма их избавить своих учеников и начинающих врачей от повторения их».

Несмотря на значительное количество публикаций, посвященных данной проблеме, вопрос об ошибках во врачебной деятельности до сих пор не решен. В книге «Ошибки и опасности в хирургии детского возраста» (1986) М. Р. Рокицкий пишет: «Программа обучения в медицинском институте включает обилие всевозможных знаний, однако один раздел, с которым будущий врач неизбежно столкнется, остается вне нашего внимания — это раздел о происхождении, анализе и предупреждении врачебных ошибок». В отечественной и зарубежной литературе больше внимания уделяют ошибочным действиям в хирургии, педиатрии, дерматологии, терапии, в практике инфекциониста, а ошибки в клинической онкологии недостаточно изучены и проанализированы. Ю. Я. Грицманом (1981) была предпринята попытка систематизировать врачеб-

ные ошибки в онкологии, дать им оценку и показать пути их предупреждения. Однако особенности такого сложного, мультидисциплинарного раздела медицины, каким является клиническая онкология, выделяют ее среди других разделов, побуждают глубже и всесторонне изучать причины диагностических и лечебных ошибок.

По нашему мнению, под врачебной ошибкой следует понимать неправильное действие врача при его добросовестном отношении к своим служебным обязанностям. Эти действия необходимо отличать от врачебных поступков, квалифицируемых как преступление (халатность, невыполнение профессионального долга и др.), которые законодательство квалифицирует в конечном итоге как врачебные правонарушения, определяющие юридическую ответственность врача.

С целью систематизации последующего изложения, несмотря на то что невозможно четко разграничить диагностические и лечебные ошибки на разных этапах помощи онкологическим больным, мы предлагаем их следующую классификацию.

КЛАССИФИКАЦИЯ ВРАЧЕБНЫХ ОШИБОК

1. Организационные ошибки:
   а) ошибки при активном выявлении больных;
   б) ошибки в диагностике;
   в) ошибки при специализированной лечебной помощи;
   г) ошибки при динамическом наблюдении и социально-трудовой реабилитации больных после радикального лечения.
2. Диагностические ошибки:
   а) полностью ошибочный диагноз;
   б) частично ошибочный диагноз;
   в) неполный диагноз.
3. Лечебно-тактические ошибки:
   а) ошибки при планировании лечения;
   б) неправильное лечение;
   в) неполное (недостаточное) лечение.
4. Лечебно-методические ошибки:
   а) ошибки при хирургическом лечении;
   б) ошибки при лучевом лечении;
   в) ошибки при химиотерапии и гормонотерапии;
   г) ошибки при комбинированном и комплексном лечении.
5. Деонтологические ошибки:
   а) ошибки в общении с больным;
   б) ошибки в общении с родственниками больного;
   в) ошибки в общении медицинского персонала между собой.

Судьба онкологического больного во многом зависит от квалификации не только онкологов, но и врачей общей лечебной

сети, которые проводят профилактические осмотры населения, первичную диагностику, диспансерное наблюдение за лицами с хроническими неопухолевыми заболеваниями, социально-трудовую реабилитацию больных после лечения и т. д. В связи с этим целесообразно выделить следующие этапы, на которых преобладают определенные, наиболее типичные ошибки.

Первый этап — отделения поликлиник лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) и медико-санитарных частей (МСЧ), где проводят профилактические осмотры и диспансеризацию (флюорографические станции и флюорографические кабинеты поликлиник, смотровые кабинеты и др.).

Второй этап — отделения ЛПУ и МСЧ, а также поликлиники специализированных неонкологических и онкологических учреждений, в которых осуществляют в основном первичную диагностику.

Третий этап — стационары ЛПУ, специализированных неонкологических (урологические, проктологические, оториноларингологические и т. д.) и онкологических учреждений, где проводят уточняющую диагностику и лечение.

Четвертый этап — районные онкологические кабинеты (диспансеры), в которых осуществляют диспансеризацию и реабилитацию больных после лечения.

Пятый этап — ВТЭК.

Врачебные ошибки различают по своей сути и последствиям для больного. Далеко не каждая врачебная ошибка неизбежно влечет за собой нарушение здоровья больного, тем не менее любая ошибка может быть потенциально опасна для него. Например, торакальный хирург, установив диагноз «рак легкого», производит больному торакотомию и обнаруживает гамартому или туберкулему. Налицо явная диагностическая ошибка, хотя лечебная тактика была выбрана правильно, а здоровью больного не был причинен ущерб. Совершая просчет, расцениваемый как врачебная ошибка, врач в данной ситуации был убежден в правильности своих действий, уверен, что поступает на благо больного.

Врачебная ошибка может явиться причиной других ошибок. Так, например, диагностическая ошибка (полностью или частично ошибочный диагноз) влечет за собой лечебно-тактическую (неправильное или неполное лечение).

Среди многообразия причин, порождающих врачебные ошибки, целесообразно также с известной долей условности выделить объективные и субъективные.

Объективные причины. Врачебные ошибки, вызванные довольно разнообразными объективными причинами, могут быть обусловлены:

1) отсутствием патогномоничных и ранних признаков злокачественных опухолей; трудностями распознавания атипично протекающих заболеваний; сочетанием нескольких заболеваний; несовершенством медицинской науки, недостаточной конк-

ретностью теоретических и практических знаний и их неоднородностью;

2) недостаточной разрешающей способностью существующих методов обследования больных (рентгенологический, эндоскопический, биохимический, радионуклидный и др.) и сложностью дифференциальной диагностики, особенно злокачественных опухолей внутренних локализаций;

3) отсутствием единой аргументированной точки зрения на методологию диагностики злокачественных опухолей, а также выбор оптимальной лечебной тактики;

4) недостаточным оснащением медицинских учреждений диагностической и лечебной аппаратурой.

Перечисленные объективные причины не обязательно порождают диагностические и лечебные ошибки, но в целом создают предпосылки к их возникновению. Прогресс науки и техники будет способствовать уменьшению частоты объективных причин врачебных ошибок в связи с совершенствованием аппаратуры и повышением пределов ее диагностических возможностей; разработкой и внедрением в практику более совершенных методов первичной и уточняющей диагностики; разработкой более эффективных методов комбинированного и комплексного лечения; созданием кафедр и курсов онкологии для улучшения обучения студентов и повышения квалификации врачей; строительством крупных специализированных амбулаторных и стационарных онкологических учреждений, оснащенных современной медицинской техникой и оборудованием, и т. д.

Абсолютное большинство непосредственных причин врачебных ошибок, к сожалению, имеет субъективный характер, т. е. зависит от врача.

Субъективные причины. 1. Неправильная организация профилактических осмотров населения.

2. Отсутствие онкологической настороженности, недостаточный уровень профессиональной подготовки врача, отставание от достижений современной клинической медицины.

3. Неполное обследование больного, недостаточное использование диагностических методов, особенно методов морфологической верификации.

4. Установление диагноза на основании результатов одного, особенно малоинформативного, лабораторного, «технического» или физического исследования.

5. Необоснованное затягивание процесса диагностики с нарушением принципа последовательности при обследовании больного.

6. Неправильное истолкование результатов обследования больного.

7. Установление диагноза на основании результатов необоснованно длительного динамического наблюдения (diagnosis ex abservatione) или эффекта длительного пробного лечения (diagnosis ex juvantibus), проводимого в связи с ошибочным пер-

вичным диагнозом либо с целью дифференциальной диагностики.

8. Выработка неправильной лечебной стратегии, необоснованное применение малоэффективного метода лечения.

9. Чрезмерная самоуверенность врача, переоценка собственных возможностей и возможностей лечебного учреждения.

Субъективные ошибки в клинической онкологии следует подвергать тщательному и глубокому анализу. Одновременно необходимо искать реальные пути их предупреждения и преодоления.

Наряду с объективными и субъективными причинами врачебных ошибок следует выделять предрасполагающие условия, способствующие их возникновению, в частности:

1) недостаточное и неравномерное развитие специализированной онкологической помощи;

2) плохой моральный климат в медицинском учреждении;

3) отсутствие условий для лечения (срочная морфологическая диагностика, необходимые противоопухолевые препараты и т. д.);

4) отсутствие систематического и компетентного анализа врачебных ошибок.

Организационные ошибки. Организация онкологической помощи населению является основным законом в общем комплексе мероприятий по борьбе со злокачественными новообразованиями. Ошибки организационного плана допускают на этапе активного выявления больных со злокачественными опухолями (профилактические осмотры населения, флюорографические исследования, обследования в смотровых кабинетах и т. д.), при проведении диагностики, специализированной помощи, диспансеризации онкологических больных после лечения, при осуществлении взаимосвязи и преемственности в работе онкологов и врачей общей лечебной сети. Следствием этих ошибок является низкий процент раннего выявления онкологических заболеваний, резектабельности, операбельности и хороших отдаленных результатов лечения. В связи с этим важнейшей задачей здравоохранения, в частности клинической онкологии как его важной составной части, является всемерное совершенствование организационных форм активного выявления, диагностики и лечения злокачественных опухолей.

На первом этапе допускают ошибки, обусловленные в основном погрешностями в организации и проведении профилактических осмотров населения с целью активного раннего выявления больных с предопухолевыми и опухолевыми заболеваниями. Согласно инструктивным документам[1], профилактические осмотры проводят медицинские работники учреждений

---

[1] Сборник официальных инструктивно-методических указаний по вопросам организации онкологической помощи, профилактики, диагностики и лечения злокачественных опухолей и предопухолевых заболеваний. — Л.: Медицина, 1984.

ЛПУ и МСЧ, а на онкологические учреждения возложено методическое руководство и контроль за их проведением. Следует отметить, что существующие формы проведения профосмотров далеки от совершенства. Много в них есть спорного, противоречивого, тем не менее результаты профосмотров были бы значительно лучше, если бы проводящие их врачи выполняли утвержденные ранее положения. Часто при обычных профилактических осмотрах не осматривают кожу и видимые слизистые оболочки, не осуществляют пальпацию лимфатических узлов, молочных желез, щитовидной железы и пр., не проводят пальцевое ректальное исследование. При проведении профилактических осмотров по показаниям должны быть использованы инструментальные методы исследования: полипроекционная крупнокадровая флюорография легких, цитологическое исследование для выявления заболеваний матки, крупнокадровая флюоромаммография и др.

Лица, у которых при профилактических осмотрах были заподозрены предопухолевые заболевания или злокачественные новообразования, подлежат последующему обязательному углубленному дообследованию в лечебно-профилактических учреждениях. Необходимо проводить индивидуальные профилактические осмотры всех лиц, обратившихся впервые в данном году в поликлинику (амбулаторию) за медицинской помощью.

Существующая система поликлинического обследования населения в состоянии обеспечить значительно более эффективное, чем отмечается в настоящее время, выявление злокачественных новообразований. Вместе с тем отсутствие или отказ от применения на местах существующих организационных форм профосмотров, недобросовестное, формальное отношение некоторых медицинских работников к своим обязанностям, нерациональное использование материально-технических ресурсов не позволяют добиться в этом вопросе существенного прогресса. При проведении профилактических осмотров выявляют, по завышенным данным, лишь 12% от впервые зарегистрированных больных (раком желудка — 4,1%, легкого — 18,8%, молочной железы — 20,7%, шейки матки — 34,1%). Недостаточное использование существующих возможностей профилактических осмотров обусловливает не только невысокую выявляемость, но и низкую их качественную результативность: только у 61,7% больных, выявленных во время профосмотров, заболевание было в I—II стадии.

Организацию активного выявления больных со злокачественными опухолями можно считать основой всей последующей работы по улучшению результатов лечения. Например, ведущими методами раннего выявления легочной патологии, в том числе рака легкого, остаются флюорография и цитологическое исследование мокроты. Исследования показали, что число больных раком легкого, выявленных при профилактической флюорографии, составляет 20—40% от первично зарегистриро-

ванных, причем в большинстве случаев заболевание удается выявить в I—II стадии, при которых прогноз обычно удовлетворительный [Вагнер Р. И. и др., 1982; Шелякина Т. В., 1988; Ungar U. et al., 1981, и др.]. Однако существует мнение, что активное выявление рака легкого с помощью крупнокадровой флюорографии не приводит к снижению смертности от этого заболевания [Заридзе Д. Г., Цешковский М. С., 1988].

Действительно, на практике существует явное несоответствие между возможностями флюорографии и результатами проводимых исследований. Это объясняется не низкой эффективностью метода, а серьезными недостатками в организации проведения исследования. Дело в том, что флюорография была предложена как метод раннего выявления туберкулеза легких. Флюорографические станции создавались и продолжают функционировать при противотуберкулезных диспансерах. В период широкого распространения туберкулеза стремились проводить флюорографическое исследование всему населению. Между тем в многочисленных исследованиях установлено, что почти 90% больных раком легкого — лица в возрасте старше 50 лет, тогда как более $^2/_3$ обследованных с помощью метода сплошной флюорографии значительно моложе 50 лет. В связи с этим обследование всего населения с применением флюорографического метода с целью выявления рака легкого неэффективно и экономически не оправдано.

В то же время опыт показал высокую эффективность флюорографического обследования групп повышенного риска, к которым относят длительно и интенсивно курящих лиц старше 45 лет, лиц, у которых имеются остаточные изменения в легких после перенесенных ранее заболеваний органов дыхания, включая туберкулез легких, а также лиц, подвергающихся воздействию неблагоприятных производственных факторов. При дифференцированном подходе к проведению профосмотров, т. е. при обследовании групп повышенного риска, удается повысить эффективность выявления рака легкого по сравнению с обычно применяемым сплошным обследованием населения. По данным E. Comino и соавт. (1982), количество выявляемых опухолей в группе повышенного риска в $3^1/_2$ раза превышает количество их у обследованных с помощью метода сплошной, массовой флюорографии. К этому следует добавить, что лица, отнесенные к группе повышенного риска, должны подвергаться флюорографии 2 раза в год [Kubik L., 1983, и др.]. Перечисленные недостатки активного выявления больных раком легкого с помощью флюорографии можно в полной мере отнести к цитологическому исследованию.

Таким образом, одна из основных причин невысокой эффективности флюорографического обследования населения, проводимого с целью раннего активного выявления рака легкого, — его неправильная организация. Немаловажное значение при этом имеют квалификация рентгенолога и опыт про-

ведения флюорографической диагностики, методика исследования (производство только одного снимка в прямой проекции), качество снимков, пределы диагностической возможности метода (не выявляются округлые образования диаметром менее 5 мм, рентгенонегативные формы центрального рака), нарушение преемственности при дообследовании и т. д.

Неотъемлемой частью лечебной программы является реабилитация онкологического больного и последующее диспансерное наблюдение за ним. Реабилитация должна осуществляться комплексно — медицинская и социальная реабилитация. Все виды реабилитации должны быть связаны между собой и объединены единой целью — дать возможность больному вернуться к общественно полезному труду и обеспечить ему полноценную жизнь. Реабилитация онкологического больного — многоэтапный процесс, который начинается с установления диагноза злокачественной опухоли, выбора метода лечения и осуществляется до, во время, непосредственно после лечения, а также в отдаленные сроки после него.

Организационные ошибки допускают на разных этапах реабилитации, например на третьем, когда даже в ранних стадиях заболевания не выполняют органосохраняющие и функционально-щадящие операции, которые наряду с радикализмом обеспечивают функциональную полноценность органа и удовлетворительную трудовую реабилитацию. При диспансерном наблюдении недостаточно активно проводят занятия лечебной физкультурой, общелечебные и психотерапевтические мероприятия, способствующие быстрейшему восстановлению у больных нарушенных функций, например после мастэктомии, ампутации конечностей, операций по поводу рака легкого, щитовидной железы и т. п., недостаточно используют возможности санаторно-курортного лечения.

Организационные ошибки врачи допускают и при экспертизе трудоспособности онкологических больных. Оценку трудоспособности обычно проводят специализированные онкологические ВТЭК. Это достаточно сложный вопрос, при решении которого следует учитывать множество прогностических факторов: распространенность процесса, гистологическую структуру опухоли, характер проведенного лечения, общее состояние и возраст больного, сопутствующую патологию, особенности трудовой деятельности больного. Между тем опыт свидетельствует о том, что оценка трудоспособности больных, данная ВТЭК, нередко не соответствует реальным возможностям их реабилитации. Причины ошибок состоят в том, что при экспертизе трудоспособности ВТЭК формально учитывает в основном лишь диагноз злокачественного новобразования, объем операции и профессию больного, а на такие клинические критерии прогноза, как распространенность опухолевого процесса, гистологическая структура опухоли, функциональное состояние жизненно важных органов и систем, не обращает достаточного

внимания. Это приводит к социальной дезадаптации больных: в одних случаях не используются возможности больных, а в других, наоборот, создаются чрезвычайно тяжелые для больного условия работы, что затрудняет трудовую, психологическую и социальную реабилитацию.

Ошибки при ведении медицинской документации следует рассматривать как разновидность организационных ошибок. Такие медицинские документы, как выписка из истории болезни, «протокол запущенности», амбулаторная карта, история болезни и др., позволяют осуществлять контроль за деятельностью врачей, учреждений и на основании результатов изучения документов выработать рекомендации по совершенствованию организации активного выявления и лечения больных со злокачественными новообразованиями.

Особенностью онкологической службы является многоэтапность и многопрофильность диагностического и лечебного процессов, в которых участвуют многие врачи разных специальностей. В связи с этим точное, тщательное ведение документации на каждом этапе крайне важно для преемственности в диагностике, лечении и последующей диспансеризации больных.

Диагностические ошибки. Установление раннего диагноза онкологического заболевания — основная задача врача, от решения которой зависит выбор адекватной терапии, направленной на излечение больного. С гносеологической точки зрения диагностика представляет особый вид познавательного процесса, который можно отнести к наиболее сложной области познавательной деятельности человека. Диагностика основывается на сопоставлении анамнестических сведений о больном, результатов клинического обследования, лабораторных и инструментальных исследований и существующих сведений о данной болезни. Чем точнее собрана необходимая информация и тщательнее проведено требуемое сопоставление, чем больше знания и опыт врача, тем выше вероятность установления правильного диагноза [Шувалова Е. П., 1985]. Причина неправильного толкования результатов обследования больного обычно заключается в нарушении логического мышления. Эту ошибку допускают нередко как молодые, так и опытные врачи.

Диагностические ошибки возникают в тех случаях, когда своего рода «диагностический настрой», как бы предвзятое (не умышленное) толкование клинических симптомов уводит врача от реальной клинической картины болезни, расходится с объективным состоянием больного, течением его заболевания. Причины таких ошибок могут быть разными: невнимательность, профессиональная неграмотность, неквалифицированное обследование больного, неиспользование имеющихся методов исследования или неправильная интерпретация полученных данных, часто усугубляющиеся к тому же ограниченными техническими возможностями в связи с минимальным набором

специальных диагностических методов. Эти ошибки составляют основную группу просчетов, чаще допускаемых врачами общей лечебной сети, и являются причиной установления полностью ошибочного диагноза, т. е. онкологическое заболевание не диагностируется.

Не меньшую опасность для больного представляет установление частично ошибочного диагноза, когда неправильно определены истинная распространенность опухолевого процесса, гистологическая структура новообразования или первичная множественность злокачественных опухолей, частота которых за последние годы заметно возросла. Частично ошибочный диагноз влечет за собой ошибки при выборе лечебной тактики, определении показаний к радикальному, паллиативному или симптоматическому лечению. Переоценка (гипердиагностика) характера и степени распространенности опухолевого процесса (любого компонента TNM по Международной классификации) приводит к неоправданному отказу от возможного радикального лечения. Гиподиагностика, т. е. недооценка распространенности опухоли, наоборот, является причиной выполнения неоправданных пробных операций.

При правильно установленном диагнозе основного заболевания могут быть допущены ошибки в распознавании осложнений течения опухолевого процесса (анемия при раке органов желудочно-кишечного тракта, неспецифический плеврит при раке легкого и т. д.) и сопутствующих заболеваний, т. е. устанавливают неполный диагноз, следствием чего являются просчеты при выборе лечебной тактики.

Именно на этапах обследования больных в поликлиниках и стационарах ЛПУ и МСЧ возникает наибольшее количество ошибок в диагностике, следствием которых является задержка и, нередко, невозможность оказания им радикальной помощи. Опыт большинства медицинских учреждений страны показывает, что среди вновь выявленных больных только 39% имеют злокачественные опухоли I—II стадии, в том числе среди больных раком желудка — 18,4%, легкого — 19,4%, молочной железы — 61,8%, шейки матки — 68,9% и т. д. У каждого пятого больного выявляют злокачественную опухоль IV стадии: при раке легкого — у 31,3%, желудка — у 37,3%, молочной железы — у 8%, шейки матки — у 7,3% [Билетов Б. В. 1988]. Следует отметить, что за период с 1975 по 1985 г. удельный вес больных с IV клинической стадией по РСФСР продолжает оставаться на прежнем уровне — соответственно 20,2 и 21,5%. Однако и эти показатели не отражают истинного положения, так как одногодичная летальность превышает число больных с официально зарегистрированным запущенным процессом в 1,8 раза (при раке легкого — в 1,4 раза, желудка и молочной железы — в 1,6, шейки матки — в 2,2 раза).

Одной из наиболее частых причин диагностических ошибок является отсутствие действительно патогномоничных и по на-

стоящему ранних признаков многих злокачественных опухолей, особенно внутренних локализаций, и четких критериев их своевременного распознавания. К сожалению, до сих пор в большинстве учебников и руководств по онкологии содержится информация о клинических проявлениях преимущественно распространенных опухолей (III—IV стадия). Следовательно, мышление врача уже на студенческой скамье сориентировано на поиски фактически запущенной стадии злокачественной опухоли, когда эффективное лечение уже невозможно. Слепое восприятие описанных в этих книгах симптомов и синдромов при злокачественных опухолях не способствует улучшению диагностики и лечения. За последнее десятилетие опубликованы работы [Петерсон Б. Е., Чиссов В. И., 1985], в которых отражены достижения в ранней диагностике опухолей. Они создают необходимую теоретическую базу для переориентации мышления врача на выявление ранних форм злокачественных опухолей, особенно в так называемых группах повышенного риска.

Естественно, возникает необходимость уточнения понятий «ранний рак», «ранняя» и «своевременная» диагностика опухоли. Толкование этих терминов отличается разнообразием, противоречивостью и часто не имеет конкретного клинического смысла. С морфологических позиций ранним раком целесообразно считать изменения эпителия с признаками малигнизации без поражения базальной мембраны, т. е. «carcinoma in situ». Ранняя диагностика рака, подразумевающая распознавание опухоли в стадии внутриэпителиального роста и гарантирующая полную ликвидацию опухолевого процесса, успешнее осуществляется при так называемых визуальных локализациях опухолей, т. е. доступных осмотру и пальпации или обнаруживаемых с помощью эндоскопических методов. Согласно инструктивным документам, к так называемым визуальным локализациям относят опухоли кожи, языка, полости рта, нижней губы, щитовидной железы, шейки матки и прямой кишки. В них совершенно справедливо подчеркивается, что даже III стадия опухолей визуальных локализаций должна рассматриваться как запущенная, из чего необходимо сделать соответствующие организационные выводы.

Ранняя диагностика злокачественных опухолей внутренних локализаций, в частности органов пищеварения и легких, еще значительно затруднена. Современные методы позволяют диагностировать «carcinoma in situ» до начала лечения. Однако, как правило, она является находкой при морфологическом исследовании мокроты, целенаправленном бронхологическом поиске с гистологическим изучением биоптатов, цитологическом или гистологическом изучении материала, полученного при эзофагоскопии, и т. д. Мы считаем, что в настоящее время нецелесообразно приравнивать раннюю диагностику рака внутренних органов только к выявлению «carcinoma in situ». Возмож-

но, в будущем при совершенствовании имеющихся и разработке новых методов диагностики появится практическая возможность ранним раком считать только эту форму.

В настоящее время под ранней диагностикой реальнее понимать выявление рака в стадии T1N0M0. Такая опухоль может проявляться клинически и выявляться с помощью современных методов диагностики, а главное, при адекватном лечении в этой стадии можно добиться стойкого выздоровления подавляющего большинства больных.

Своевременная диагностика рака — это распознавание процесса в такой стадии, когда могут быть излечены значительное число больных. Основную ответственность за своевременную диагностику злокачественных опухолей несут врачи ЛПУ и МСЧ. До сих пор остается справедливым положение, высказанное много лет назад Н. Н. Петровым: «Судьба больного раком зависит от того врача, к которому он впервые обратился». Таким образом, своевременная диагностика злокачественных опухолей зависит в первую очередь от работы поликлинического звена общелечебной сети.

Причинами запоздалой диагностики злокачественных опухолей чаще являются врачебные ошибки, а не скрытое течение болезни и позднее обращение больных, на что обычно указывается в «протоколах о запущенности». Врачи на догоспитальном этапе обследования онкологических больных, как правило, не признают своих ошибок. Между тем около 75% больных раком желудка, легкого, прямой кишки, шейки матки в течение 2 лет, предшествующих установлению диагноза, посещают поликлинику или лечатся в неонкологических стационарах от 4 до 15 раз. Более 30% от числа всех больных с запущенной стадией опухолевого процесса находились под диспансерным наблюдением по поводу хронических или предопухолевых заболеваний. По самым скромным подсчетам, у 42,6% больных по вине врачей диагноз рака был установлен через 3—6 мес после первого обращения к врачу, у 30,7% потеря времени составила 6—9 мес, у остальных — более 1 года.

Одной из причин запущенности заболевания является недостаточная онкологическая настороженность, слабая теоретическая и практическая подготовка врачей первичных звеньев здравоохранения в области онкологии, в том числе в клинической и инструментальной диагностике. Опыт показывает, что больные с запущенными формами рака нередко обращались к врачам (терапевту, хирургу, гинекологу и др.) с жалобами, которые должны были бы послужить основанием для проведения тщательного клинического обследования или направления их к онкологу. Установлено, что в СССР на одного городского жителя в среднем за год приходится 11,1 посещения амбулаторно-поликлинических учреждений по различным поводам, а на одного сельского жителя — 4 посещения [Головтеев В. В. и др., 1987]. В связи с этим можно сказать, что у большинства

онкологических больных имелась реальная возможность более раннего установления диагноза, но при надлежащих вышеупомянутых условиях, в частности при должном внимании и достаточной онкологической настороженности.

Что же следует понимать под онкологической настороженностью? По мнению Н. Н. Блохина (1977) «...онкологическая настороженность должна заставлять врача любой специальности использовать любой осмотр для того, чтобы выяснить, нет ли у больного признаков опухоли». Следует согласиться с К. А. Павловым и соавт. (1987), что онкологическая настороженность — это, несомненно, определенный образ медицинского мышления врача, который, оценивая жалобы больного, объективные данные, результаты клинических анализов и рентгенологических исследований, должен прежде всего ответить на вопрос: не связаны ли выявленные нарушения со злокачественным новообразованием?

Онкологическая настороженность подразумевает и определенную последовательность проведения диагностических мероприятий в тех случаях, когда у врача возникает обоснованное подозрение на опухолевое заболевание. Это зависит в первую очередь от профессиональной подготовки врача, знания современных методов исследования и методов диагностики злокачественных опухолей. Целенаправленное обследование позволяет либо отвергнуть возникшее подозрение, либо подтвердить его, либо привлечь консультантов-специалистов. Иными словами, понятие «онкологическая настороженность» должно включать знание симптоматики ранних форм онкологического заболевания и необходимой последовательности применения в достаточном объеме методов диагностики для его исключения или подтверждения.

Одним из действенных путей повышения онкологической настороженности является совершенствование медицинского образования: оптимизация обучения студентов медицинских вузов, постоянное повышение уровня теоретической подготовки и онкологических знаний врачей общей лечебной сети и врачей узких специальностей (травматологов, урологов, эндокринологов, дерматологов, стоматологов и др.), воспитание у них постоянной внутренней потребности овладевать достижениями медицинской науки.

Нарушение принципа последовательности в обследовании больного, необоснованное затягивание процесса диагностики отмечаются на всех уровнях первичной и уточняющей диагностики, но чаще этот принцип нарушают врачи общей лечебной сети. Строгая последовательность и методичность выполнения клинических, лабораторных и специальных исследований являются необходимым условием достижения успеха в диагностическом процессе.

Согласно Инструкции Министерства здравоохранения СССР (1983), в которой даны рекомендации по ведению учета

больных со злокачественными новообразованиями, окончательный диагноз у больных Ia клинической группы должен быть установлен не позднее чем через 10 дней с момента взятия на диспансерный учет. К сожалению, лишь у незначительного числа больных диагноз устанавливают в указанный срок.

В специализированных стационарах неонкологических и онкологических учреждений диагностические ошибки чаще всего связаны с определением регионарных (N) и отдаленных (M) метастазов при уточняющей диагностике. К сожалению, остаются крайне низкими чувствительность, специфичность и точность многочисленных лабораторных тестов (иммунологических, радионуклидных, биохимических) ранней диагностики, на которые возлагались большие надежды. Кроме того, специалисты-диагносты для оправдания применения своих методов не всегда приводят достаточно объективные статистические данные, вводя в заблуждение врачей.

Диагностические трудности возникают при распознавании атипично протекающих, а порой даже и запущенных форм злокачественных опухолей, когда тяжелое общее состояние больного и присоединившиеся осложнения маскируют основной процесс. Серьезные трудности возникают при распознавании опухолевого процесса, протекающего на фоне другого патологического процесса. До сих пор, например, значителен удельный вес диагностических ошибок при распознавании рака легкого у больных, страдающих хроническим туберкулезом этого органа.

Уточняющая диагностика предполагает установление истинной распространенности опухолевого процесса, состояния регионарных и отдаленных лимфатических узлов, фоновых и сопутствующих заболеваний. В связи с этим уточняющая диагностика должна носить рационально комплексный характер. Во избежание врачебных ошибок при установлении распространенности процесса следует стремиться к морфологической верификации диагноза. Это достигается использованием лапароскопии, парастернальной медиастинотомии, торакоскопии, пункции патологического очага под контролем ультразвука и т. д.

Предотвращение и устранение врачебных ошибок в клинической онкологии возможно при условии совершенствования организации здравоохранения, материально-технического обеспечения медицинских учреждений, разработки фундаментальных теоретических проблем, совершенствования медицинского образования, улучшения профессионального воспитания и повышения квалификации медицинских кадров.

Лечебно-тактические ошибки. В клинической онкологии применяют главным образом три основных метода лечения — хирургический, лучевой и лекарственный (химиотерапия). При местно-распространенных формах злокачественных опухолей все шире проводят комбинированное и комплексное лечение.

Изучаются возможности иммунотерапии, гипертермии, магнитотерапии, криотерапии и лазерной терапии, которые в дальнейшем, вероятно, займут определенное место в системе лечения больных злокачественными новообразованиями.

Под лечебно-тактическими ошибками мы понимаем ошибки в лечении правильно диагностированного заболевания. Выбор того или иного метода лечения или комбинации методов, определение последовательности их применения в каждом конкретном случае должны зависеть от результатов клинического обследования, рентгенологического, биохимического, цитологического, гистологического, эндоскопического и других исследований.

Ошибки в планировании лечения. Необходимым условием при планировании лечения больного является развернутый клинический диагноз, включающий в себя глубокую оценку таких важных факторов, как: локализация опухоли в пораженном органе; форма и характер ее роста; степень местного и общего распространения опухоли (стадия); морфологическое подтверждение злокачественного характера заболевания; гистологическая структура и степень дифференцировки; фоновые и сопутствующие заболевания, определяющие общее состояние больного.

Выбор индивидуальной лечебной тактики до сих пор представляет определенные трудности и нередко зависит от уровня знаний и специальности врача. К сожалению, до сих пор недостаточно разработаны методы индивидуального прогнозирования, включающего определение состояния противоопухолевого иммунитета, гормонального профиля, индивидуальной чувствительности к противоопухолевым воздействиям, скорости роста, времени удвоения данной опухоли и другие факторы. При раке внутренних локализаций общепризнаны (естественно, имеются и исключения) следующие варианты индивидуального планирования лечения: при локальном процессе (I—IIа стадии) — хирургическое лечение, при локорегионарном (IIб—III) — комбинированное и комплексное, при генерализованном процессе — консервативное противоопухолевое лечение.

В соответствии с инструктивными документами план лечения онкологического больного должен составлять консилиум с обязательным участием онколога-хирурга, лучевого терапевта и химиотерапевта. На практике в клиническом разборе и планировании лечения принимают участие также рентгенолог и эндоскопист, терапевт и анестезиолог.

В стационарах общей лечебной сети нередко допускают лечебно-тактические ошибки, заключающиеся в том, что план лечения составляет один специалист, чаще всего хирург, который не знаком с возможностями комбинированного и комплексного лечения, а поэтому и не применяет его. В стационаре специализированных неонкологических и онкологических учреждений ошибки в планировании лечения обычно связаны с ги-

пердиагностикой метастазирования в регионарные лимфатические узлы и отдаленные органы, что служит причиной отказа от хирургического и комбинированного лечения. Интраоперационная диагностика без морфологического подтверждения распространенности первичной опухоли и метастазов в регионарных лимфатических узлах приводит к серьезной ошибке — немотивированному отказу хирурга от возможной радикальной операции. Различные сопутствующие заболевания у онкологических больных в возрасте старше 60 лет также нередко служат причиной необоснованного отказа в хирургическом лечении и применения менее эффективных методов.

Наиболее опасным для больного является неправильное лечение, когда врачи, преимущественно общелечебной сети, длительное время проводят терапию по поводу ошибочно предполагаемого неопухолевого заболевания. Эта ошибка является одной из наиболее часто встречающихся и основных причин позднего выявления больных со злокачественными опухолями.

Лечебно-тактические ошибки в клинической онкологии могут стать причиной неполного лечения. Эти ошибки чаще допускают врачи в специализированных неонкологических учреждениях, когда отказываются от проведения комбинированного и комплексного лечения, например при местно-распространенных опухолях (IIб—III стадии) применяют только хирургический метод, а после явно паллиативных операций не назначают лучевую терапию или химиотерапию.

В Сборнике официальных инструктивно-методических указаний по вопросу организации онкологической помощи (1984) приведены наиболее часто применяемые схемы лечения, которые рекомендуется использовать в лечебных учреждениях. Мы отдаем себе отчет в том, что в научно-исследовательских институтах постоянно разрабатываются новые и совершенствуются существующие методы лечения, которые могут быть внедрены в практику здравоохранения. В связи с этим понятие о неполном лечении имеет относительное значение, т. е. то, что в настоящее время считается вполне достаточным, в ближайшем будущем может оказаться даже ошибочным. Это естественное следствие прогресса.

Лечебно-методические ошибки возникают при нарушениях методики лечения: хирургического, лучевого, лекарственного противоопухолевого, комбинированного или комплексного. Лечебно-методические ошибки в клинической онкологии часто можно объяснить чрезмерной самоуверенностью врача, переоценкой как собственных способностей, так и возможностей лечебного учреждения. Подобные ошибки встречаются на всех этапах лечения, их допускают как молодые, так и достаточно опытные врачи. Чрезмерная самоуверенность врача приводит к отказу от совета с коллегами и созыва консилиума. Хорошим способом избежать подобных ошибок являются, как уже

отмечалось, клинические разборы с участием хирургов, радиологов, химиотерапевтов, диагностов, анестезиологов, на которых каждый высказывает свое суждение по поводу диагноза и тактики лечения данного больного. Уместно напомнить врачам, излишне уверенным в собственной непогрешимости, слова М. Монтеня: «Только глупцы могут быть непоколебимы в своей уверенности» и Т. Карлейля: «Самая большая ошибка заключается в том, когда человек считает себе во всем абсолютно безупречным».

Переоценка врачами собственных способностей и возможностей лечебного учреждения как причина врачебных ошибок встречается в стационарах лечебно-профилактических учреждений, где отсутствуют условия для лечения онкологических больных. Известны случаи выполнения секторальной резекции молочной железы в хирургических отделениях районных и небольших городских больниц, где нет возможности выполнить срочное морфологическое исследование. Это приводит к заметному ухудшению отдаленных результатов лечения больных раком этой локализации.

Ошибки при хирургическом лечении. Операции при злокачественных опухолях имеют ряд особенностей. К ним относятся принципы онкологического радикализма, зональности, футлярности и абластичности операции, обязательное проведение интраоперационной морфологической диагностики для определения объема и радикальности операции. Несоблюдение этих принципов является причиной более низкого показателя 5-летней выживаемости больных раком ряда локализаций, оперированных в хирургических стационарах общей лечебной сети, по сравнению с таковым в онкологических. Так, при раке желудка свыше 5 лет живут в среднем 37% радикально оперированных, а после лечения в общехирургических стационарах — только 12%. Даже в специализированных неонкологических клиниках, не располагающих возможностями проводить интраоперационную срочную морфологическую диагностику, допускаются серьезные лечебно-методические ошибки. Например, при раке легкого, желудка, толстой кишки и др. срочное морфологическое исследование необходимо для установления прорастания опухоли в соседние органы, исследования лимфатических узлов, подтверждения метастазирования по плевре и брюшной полости, определения характера очаговых образований в печени, контроля абластичности линии резекции и т. д.

Неправильное определение указанных параметров распространенности процесса одинаково часто является причиной гипер- и гиподиагностики и в связи с этим применения ошибочной лечебной тактики.

Анализ ошибок и их причин при хирургическом лечении больных со злокачественными опухолями требует изучения применительно к каждой локализации, поэтому частные ас-

пекты врачебных ошибок при этом методе будут подробно освещены в специальных главах.

Ошибки при лучевой терапии также весьма разнообразны. Современные возможности лучевого лечения больных со злокачественными опухолями используют, к сожалению, не всегда в полном объеме и в оптимальном варианте в каждом конкретном случае.

Анализ причин неудач лучевого лечения показывает, что они зависят не только от оснащения радиологических отделений, которое за последние годы постепенно унифицируется. В значительной мере неэффективность лечения связана с неполным обследованием больных, неточностями в предлучевой топометрической подготовке и ошибками дозиметрического планирования, неоптимальным режимом фракционирования дозы, величиной суммарной очаговой дозы и другими факторами, оказывающими существенное влияние на результаты.

Современный комплексный подход к лечению больных со злокачественными опухолями предполагает не только использование лучевой терапии в качестве самостоятельного радикального или паллиативного метода, но и применение ее в комплексе с хирургическим и лекарственным лечением. В связи с этим значительно возрастают трудности и ответственность лучевого терапевта при решении вопроса о роли и задачах лучевой терапии в каждом конкретном случае. Необходимо иметь достаточно практического опыта и знаний о современных возможностях лучевой терапии опухолей в зависимости от их локализации, гистологической структуры, степени распространенности и других факторов, чтобы сформулировать обоснованные показания к применению лучевой терапии, определить ее задачи и методические вопросы выполнения этих задач.

Ошибки стратегического характера, которые допускают при определении показаний к лучевой терапии и ее роли в лечении конкретного больного, чаще всего обусловлены недостаточностью диагностических данных об опухолевом процессе, наличии и тяжести сопутствующих заболеваний, а также недоучетом современных возможностей как лучевого, так и других методов лечения злокачественных опухолей. Например, задачи и методики лучевого лечения дифференцированных форм (плоскоклеточного, аденогенного) рака легкого отличаются от таковых при мелкоклеточном раке. При нераспространенных (I—II стадия) стадиях немелкоклеточного рака легкого по результатам лечения имеет преимущества хирургический метод: при хирургическом лечении 5-летнего излечения удается добиться у 50% больных, при лучевой терапии не более чем у 20%. В связи с этим больным плоскоклеточным и аденогенным раком легкого I—II стадии лучевая терапия показана, если по разным причинам невозможно выполнить оперативное вмешательство. В таких случаях лучевая терапия должна планироваться и методически осуществляться сообразно с задачами

радикального лечения, что определяет соответствующий объем облучения, режим фракционирования дозы, ее суммарную величину. Серьезной ошибкой будет назначение паллиативной лучевой терапии, если отсутствуют противопоказания к радикальному лечению по сопутствующей патологии. Ошибкой является также проведение только лучевого лечения у больных мелкоклеточным раком легкого в связи с особенностями раннего и обширного как лимфогенного, так и гематогенного распространения данной гистологической формы заболевания. В качестве следующего примера следует привести ошибки, которые допускают при определении показаний к лучевой терапии у больных раком гортани и гортаноглотки. Только в ранних стадиях (I—II) рака гортани в отсутствие метастазов в регионарных зонах, при локализации опухоли в вестибулярном и среднем отделах органа лучевая терапия, как и хирургическое лечение, обеспечивает высокий процент (92—80) излечения. При III стадии заболевания преимущества в плане 3- и 5-летней выживаемости имеет комбинированный метод, поэтому назначение только лучевой терапии в отсутствие противопоказаний к хирургическому лечению нельзя признать обоснованным.

Лучевое елечние может быть рекомендовано и осуществлено в случае отказа от операции или наличия противопоказаний к ее выполнению.

Рак гортаноглотки отличается менее выраженной радиочувствительностью, чем рак вестибулярного и среднего отделов гортани, поэтому при данной локализации опухолевого процесса в первую очередь должен быть поставлен вопрос о хирургическом лечении. Лучевая терапия является важным дополнительным методом, который может быть применен как в пред-, так и в послеоперационном периоде.

Назначение лучевой терапии больным раком гортаноглотки без консультации хирурга следует считать тактической ошибкой лучевого терапевта.

Таким образом, получение диагностической информации о локализации, морфологической характеристике и степени распространенности опухоли, а также оценка возможностей современных методик лучевого лечения является обязательным этапом построения плана лечения.

Нередко ошибкой является как завышение, так и занижение показаний к паллиативной лучевой терапии, особенно у больных раком легкого, гортани, языка и других локализаций. Например, ателектаз, возникающий вследствие обтурации бронха экзофитной опухолью, иногда трактуют как распространенный опухолевый процесс. Наличие перифокального воспаления в гортани также оценивают не всегда правильно и лучевую терапию назначают с паллиативной целью. Следствием такой ошибки является применение неадекватной дозы, объема облучения и снижение эффективности лечения. И в том, и в дру-

гом случае было бы полезным применить интенсивное противовоспалительное лечение, в том числе и одну — две уменьшенные фракции дозы лучевой терапии, и в зависимости от полученного эффекта решать вопрос о дальнейшем лучевом лечении по радикальной или паллиативной программе.

После определения показаний и задач лучевого лечения следующим этапом является решение тактических вопросов выполнения лучевого лечения: выбор объема облучения, источника излучения (аппарат, характер излучения и его энергия), методики лучевой терапии, включающей режим фракционирования дозы, величину суммарной дозы и способа ее подведения.

Одним из основных принципов лучевой терапии является, как известно, облучение опухоли вместе с зонами лимфооттока от нее с включением регионарных лимфатических узлов первого порядка. Исходя из этого, лучевой терапевт должен хорошо знать и всегда помнить анатомию лимфатической системы любого органа, в котором возникла опухоль. Недооценка этих данных может служить причиной неэффективности лучевой терапии, хотя первичный очаг при этом и будет ликвидирован. Например, при дистанционной гамма-терапии рака языка в объем облучения, помимо основной опухоли и подчелюстной области, необходимо включать и группу верхних яремных лимфатических узлов до уровня развилки общей сонной артерии, так как эти узлы являются, как и подчелюстные, первым регионарным лимфатическим барьером. В случае наличия метастазов в указанных лимфатических узлах облучению подлежит вся цепочка глубоких яремных лимфатических узлов на стороне поражения.

Определение объема облучения при опухолях глубоко расположенных внутренних органов сопряжено с рядом трудностей, которые могут быть преодолены, если лучевой терапевт конкретно сформулирует задачи диагностической и рентгенотопометрической служб. Например, при раке легкого необходимо иметь не только рентгенологические, но и эндоскопические данные, на основании которых можно уточнить форму роста и распространение опухоли, получить материал для установления морфологической характеристики опухоли, поражения метастазами лимфатических узлов корня легкого и трахеобронхиальных узлов. Помимо прямых и боковых рентгенограмм, нужно выполнить срединные томограммы. Учет интегральных диагностических данных позволяет уменьшить погрешности и ошибки при определении объема, подлежащего облучению радикальной дозой и так называемой профилактической дозой, рассчитанной на повреждение микроскопических и субмикроскопических очагов распространения опухоли.

Серьезной ошибкой, которую все еще допускают в отдельных диспансерах, является вынесение контуров опухоли на кожу под рентгеноскопическим контролем трубки. Поскольку эк-

ран при этом приближен к рентгеновской трубке, вынесенная площадь превышает истинные размеры опухоли. Облучение с полей, очерченных по вынесенному контуру, приведет к излишнему облучению здоровой легочной ткани и органов средостения, увеличению выраженности лучевых реакций и осложнений.

Существенным достижением последних лет является применение компьютерной томографии как для диагностики, так и с целью предлучевой топометрии. По данным отечественной и зарубежной литературы, использование компьютерной томографии вместо традиционных рентгенодиагностических методик при некоторых локализациях злокачественных опухолей (опухоли грудной и брюшной полостей, забрюшинного пространства, предстательной железы, почек и др.) позволяет уточнить локализацию и распространенность опухоли (особенно метастазирование в лимфатические узлы, распространение на крупные сосуды, соседние органы и т. д.) и тем самым изменять первоначально намеченный объем облучения, уменьшив или увеличив его в 7—30% случаев [Heilmann H. P. et al., 1986; Winkel K. et al., 1986]. Компьютерная томография создает реальную возможность учесть гетерогенность тканей в облучаемом объеме и тем самым изменить величину очаговой дозы, рассчитанную без учета гетерогенности.

Поскольку мало в каких центрах нашей страны имеются компьютерные томографы, для уточняющей диагностики необходимо максимально использовать рентгенологические, ультразвуковые, эндоскопические методики в период предлучевой подготовки больного.

Выбор источников излучения или их комбинации зависит главным образом от технической оснащенности отделения лучевой терапии. Однако иногда этот выбор определяется также квалификацией лучевого терапевта и тем, насколько он владеет всеми методиками лучевой терапии.

Основой при выборе источника излучения служат характер пространственного распределения поглощенной дозы, величина объема, подлежащего облучению, его локализация, доступность для контактного подведения источников излучения, предполагаемая радиочувствительность (на основе совокупного клинического опыта).

В связи с неблагоприятным пространственным распределением дозы (максимум на поверхности, неравномерное поглощение в мягких и костных тканях, значительное боковое рассеяние, незначительная глубина проникновения) ортовольтную рентгенотерапию не следует применять для радикального лечения злокачественных опухолей, за исключением отдельных случаев, когда необходимо оказать сугубо паллиативную или симптоматическую помощь. Низковольтная или близкофокусная рентгенотерапия не утратила своего значения в лечении опухолей кожи и нижней губы.

Основными источниками дистанционного облучения злокачественных опухолей являются: гамма-излучение ^{60}Co со средней энергией 1,2 МэВ, тормозное и электронное излучение ускорителей с энергией от 2 до 25—30 МэВ.

Какие ошибки наблюдаются при выборе источника или вида излучения (гамма-излучение ^{60}Co, электронное и тормозное излучение ускорителя)? В соответствии с рекомендациями ВОЗ и отечественной физико-технической комиссии опухоли, залегающие на глубине более 10 см, целесообразно облучать высокоэнергетическим тормозным пучком. В случае отсутствия ускорителя необходимо применять многопольное, преимущественно 3-, 4-польное, статическое либо подвижное облучение на гамма-аппаратах ^{60}Co. Использование в этих случаях однопольного облучения будет ошибкой, облучение с 2 противолежащих полей также не является оптимальным вариантом, поскольку максимумы дозы в этом случае сдвинуты к поверхности. Выбор электронного излучения определяется глубиной залегания опухоли и энергией пучка, которую дает имеющийся ускоритель.

Помимо источников для дистанционного облучения, почти во всех онкологических диспансерах имеются дискретные источники ^{60}Co и аппараты типа АГАТ-В для контактного облучения опухолей. Сочетанная лучевая терапия, включающая дистанционное и контактное (внутритканевое и внутриполостное) облучение, при раке шейки и тела матки, слизистой оболочки полости рта, носоглотки, прямой кишки, мочевого пузыря и других органов обеспечивает достоверно более высокий процент излечения больных по сравнению с раздельным применением указанных методик. К сожалению, только у больных раком матки сочетанную лучевую терапию применяют во всех учреждениях. При других перечисленных локализациях опухолей в ряде клиник применяют только дистанционное облучение, при котором не удается добиться концентрации необходимой дозы в очаге поражения без превышения толерантности окружающих нормальных тканей, в результате чего, безусловно, ухудшаются и результаты лечения.

Решение вопроса о режиме фракционирования дозы и величине суммарной очаговой дозы связано главным образом с задачами планируемой лучевой терапии, биологическими и радиобиологическими особенностями опухоли, а также с общим планом лечения данного больного. Выбор методики лучевой терапии зависит также от задач паллиативного воздействия на опухолевый процесс, устранения тягостных симптомов болезни или последствий радикального лечения. Ошибки, которые наблюдаются при лучевой терапии с задачами самостоятельного радикального лечения, чаще всего связаны с недостаточностью подводимой суммарной дозы облучения опухоли и регионарных метастазов. Для стойкого излечения больных плоскоклеточным и аденогенным раком в большинстве случаев

требуется доза от 60 до 80 Гр, поэтому лучевому терапевту необходимо использовать все возможные приемы (прерывистый курс лечения, методику облучения двух объемов, сочетание статического и подвижного, дистанционного и контактного облучения и др.), чтобы обеспечить указанный уровень очаговой дозы для достижения максимального эффекта лечения.

В настоящее время все более широко применяют методику дробления дневной дозы (2,5—3 Гр) на две и даже три фракции, подводимые с интервалом 4—5 ч, которая обеспечивает достоверное расширение радиотерапевтического интервала за счет лучшего восстановления нормальных тканей. Определенную перспективу в плане получения результатов лучевой терапии имеет и применение направленной на опухоль химической (метронидазол) и физической (гипербарическая оксигенация, гипертермия) радиосенсибилизации.

При проведении самостоятельного лучевого лечения по радикальной программе будет ошибкой оценивать окончательный результат в момент завершения лучевой терапии. Общепринятым сроком полной реализации эффекта лучевого лечения в дозах 60 Гр и выше являются 2—3 мес в зависимости от гистологической структуры опухоли, ее объема, характера окружающих тканей и других факторов.

Важное значение в повышении качества лучевой терапии и ее результатов имеют выполнение предлучевой топометрии, дозиметрическое планирование и осуществление дозиметрической программы в процессе фракционного облучения. Поскольку интервал доз, с помощью которых можно добиться излечения опухоли без значительных повреждений здоровых тканей, очень узок, неточности поперечного контура тела больного и объема облучения, неучет синтопии органов и гетерогенной плотности тканей в облучаемых объемах могут быть причиной неудач лучевого лечения, дискредитируя метод как таковой, снижая его возможности, увеличивая количество и тяжесть осложнений.

Радиобиологические и клинические исследования показали, что колебания поглощенной дозы, подведенной к опухоли, всего на ±7% приводят к улавливаемым изменениям эффекта лечения.

Наиболее типичными ошибками при проведении предлучевой подготовки и выполнении сеансов облучения являются недостаточно строгое соблюдение стандартного положения больного, при котором осуществлялась предлучевая топометрия и должно выполняться облучение, пренебрежение средствами фиксации подвижных участков тела больного, контролем за идентичностью их положения при каждом сеансе облучения с помощью угломеров и других средств. Не всегда на теле больного делают разметки, указывают центры полей облучения и направления их контуров. Ошибки в воспроизведении

указанных параметров на каждом сеансе облучения могут привести к выходу отдельных участков опухоли за пределы максимума дозы, их недооблучению и переоблучению окружающих нормальных органов и тканей, что, безусловно, отразится на результатах лечения.

Таким образом, на практике еще имеются значительные резервы для повышения качества лучевой терапии и улучшения ее результатов по всем направлениям применения метода в онкологии.

Ошибки при химиотерапии и гормонотерапии. Современная противоопухолевая химиотерапия насчитывает около 60 активных лекарственных препаратов, имеющих различный механизм действия и оказывающих своеобразное токсическое воздействие на многие жизненно важные органы и системы организма человека. Особенностью лекарственной терапии злокачественных опухолей является то, что ни один из имеющихся цитостатиков не оказывает строго избирательное действие на опухолевую клетку. В связи с этим при введении противоопухолевых препаратов, особенно при их передозировке, могут возникнуть выраженные токсические реакции, часто лимитирующие подведение лечебных доз препаратов.

Как каждый метод лечения, применяемый в онкологии, химиотерапия имеет свои показания и противопоказания. Совершенно справедливо подчеркивал Б. Е. Петерсон (1976), что перед назначением химиотерапии онкологическим больным всякий раз необходимо устанавливать показания и противопоказания к ее проведению. При этом нужно четко знать, что конкретный противоопухолевый препарат обладает выраженной специфичностью при определенных видах злокачественных опухолей. Применение его при других, нечувствительных опухолях наносит лишь вред больному. Знание этих закономерностей поможет практическому врачу избежать многих ошибок, которые до сих пор встречаются в повседневной практике. Следовательно, лекарственную цитостатическую терапию необходимо использовать в онкологии строго по показаниям. Эти показания вырабатывались эмпирически, с учетом клинического опыта применения различных схем химиотерапии, режимов, разовых и курсовых доз препаратов, а также осложнений, которые возникают при использовании современных эффективных противоопухолевых средств. Общими показаниями к назначению лекарственной химио- и гормонотерапии являются новообразования, при которых можно добиться излечения или длительной ремиссии (хорионэпителиома матки, лимфогранулематоз, опухоли яичка, острый лимфобластный лейкоз у детей, опухоль Вильмса и др.), и злокачественные опухоли, при которых ведущим методом является химиолучевое лечение. Чаще всего эту методику используют при злокачественных лимфомах, мелкоклеточном раке легкого, опухоли Вильмса,

раке предстательной железы, остеогенных саркомах и злокачественном поражении некоторых других органов и тканей. Химиотерапию применяют с целью предотвращения развития рецидива и метастазов у больных после радикального удаления первичной опухоли. Ее используют в качестве паллиативного средства при большинстве злокачественных опухолей для купирования симптомов болезни, что значительно улучшает качество жизни больных.

Перечисление общих показаний к назначению химиотерапии позволяет лишь составить общее представление о лечебных возможностях противоопухолевых препаратов. Однако врачи не всегда учитывают эти закономерности при назначении цитостатиков, в результате чего нередко возникают сомнения в целесообразности применения противоопухолевых препаратов для лечения онкологической патологии.

В настоящее время общепризнано, что не менее чем 50% больных со злокачественными опухолями на разных стадиях болезни необходимо назначать химио- и гормонотерапию. К ним относятся больные с системными новообразованиями крови и лимфоидной ткани, единственным методом лечения которых является химиотерапия. Значительный процент составляют больные с эпителиальными опухолями и саркомами, которым проведено хирургическое или комбинированное лечение с включением лучевой терапии, а в последующем у них развились метастазы в отдаленных органах и тканях. Меньшую по численности группу составляют больные, которым отказано в хирургическом или лучевом лечении в связи со значительной распространенностью процесса или наличием сопутствующих заболеваний. Следует также упомянуть и о больных с хорионэпителиомой, опухолью яичка, раком яичников и др., которым в обязательном порядке следует проводить послеоперационную химиотерапию.

Наиболее важным условием при назначении химиотерапии является знание спектра противоопухолевого действия каждого цитостатика и его токсического влияния на организм. Прежде чем решать вопрос о назначении схемы лечения противоопухолевыми препаратами, необходимо четко представлять себе механизм действия каждого из них, противоопухолевую активность по отношению к данной опухоли, токсические и побочные реакции, которые могут возникнуть в процессе лечения. Известно, что опухоли, возникающие в одном и том же органе, нередко бывают различны по своему гистологическому строению и чувствительности к цитостатикам. Так, при семиноме яичка сарколизин приводит к регрессии опухоли у 66% больных, а при тератобластоме и эмбриональном раке того же органа этот препарат неэффективен. Подобная закономерность наблюдается при саркомах костей, раке легкого, опухолях почек, лимфомах и других опухолях. Следовательно, во всех случаях до начала лекарственного лечения необходимо в первую

очередь добиться морфологического подтверждения наличия опухоли с обязательной расшифровкой гистологической структуры, так как от этого зависит эффективность лечения.

Лечебно-методические ошибки при лекарственной терапии, используемой в качестве самостоятельного метода, обычно связаны с применением малоэффективных противоопухолевых препаратов. Подбор схем полихимиотерапии, как известно, необходимо осуществлять с соблюдением следующих принципов: в комбинацию следует включать препараты, относящиеся к разным группам противоопухолевых веществ и обладающие разным механизмом действия; каждый из препаратов должен быть эффективным при опухолях данной локализации; суммарная токсичность препаратов не должна превышать токсичность каждого из них.

Известна различная чувствительность к противоопухолевым препаратам первичной опухоли, ее рецидива и метастазов в отдаленных органах и тканях. Более того, установлено, что метастазы в различных органах и тканях по-разному реагируют на введение одного и того же препарата. Так, рецидив рака желудка и метастазы в печени в 30—40% наблюдений регрессируют под влиянием 5-фторурацила, фторафура или полихимиотерапии. В то же время метастазы рака желудка в легких, костях, яичниках, мягких тканях и коже не реагируют на химиотерапию. Подобная закономерность наблюдается и при других опухолях. В связи с этим во всех случаях необходимо проводить тщательное клинико-рентгенологическое, эндоскопическое и радиоизотопное обследование больных с целью установления истинного распространения процесса и выработки плана адекватного современного лекарственного лечения.

Оценку лечебного эффекта проводит врач-онколог, поэтому от того, насколько хорошо он профессионально подготовлен, зависит судьба больного. Эффективность лечения, как правило, оценивают после двух курсов химиотерапии. При объективном эффекте терапию продолжают до полной регрессии опухоли или до развития резистентности к препаратам. В тех случаях, когда после двух курсов химиотерапии лечебного эффекта не наблюдается, дальнейшее проведение терапии этими препаратами нецелесоообразно, так как, по-видимому, данная опухоль нечувствительна к избранной схеме лечения. К сожалению, часто приходится наблюдать, как проводят три — пять курсов и только потом оценивают лечебный эффект. Такая «лечебная» тактика, как правило, компрометирует метод и, главное, наносит вред больному.

Немаловажными факторами, обеспечивающими успех лекарственного лечения, являются правильно выбранные методика и режим введения противоопухолевых препаратов. При опухолях с высокой пролиферативной активностью (острый лейкоз, мелкоклеточный рак легкого, бластные формы лимфосаркомы) лечение должно быть многокомпонентным с использованием

препаратов, действующих на различные фазы жизненного цикла клетки, и интенсивным. В этих случаях использование монохимиотерапии или удлинение интервалов между курсами лечения является серьезной ошибкой, приводящей к непоправимым последствиям. В тех случаях, когда опухоль имеет низкую степень пролиферативного пула клеток (время удвоения опухоли обычно колеблется от 200 до 400 дней), курсы лечения должны быть более продолжительными и интервалы между ними следует увеличивать до 1,5—2 мес.

Внедрение в клиническую практику полихимиотерапии, комбинация ее с лучевой терапией и хирургическим лечением значительно расширили показания к применению лекарственных противоопухолевых средств. Это привело к тому, что химиотерапию стали значительно чаще назначать онкологическим больным без учета ее реальных возможностей. При некоторых злокачественных опухолях, таких как рак пищевода, немелкоклеточный рак легкого, рак желудка и кишечника, меланома и др., спектр противоопухолевых препаратов ограничен несколькими цитостатиками, а непосредственная их эффективность колеблется в пределах от 20 до 40%. Приходится констатировать, что этим больным назначают различные неактивные химиопрепараты, что нередко вызывает справедливые жалобы как со стороны больного, так и его родственников о неэффективности лечения и ухудшении общего состояния больного.

К сожалению, у химиотерапевта не всегда имеется весь набор противоопухолевых препаратов, более того, у некоторых больных развивается непереносимость отдельных из них и врач оказывается перед дилеммой — заменить или вообще отменить противоопухолевые препараты. В этой ситуации иногда назначают цитостатики, не обладающие противоопухолевой активностью при данной опухоли, что значительно снижает эффективность лечения.

Нередко встречающаяся при проведении химиотерапии в амбулаторных условиях ошибка заключается в том, что противоопухолевые препараты вводит медицинская сестра, а врач ежедневно не осматривает больного. Часто такая практика приводит к передозировке препарата и увеличению частоты токсических осложнений. В связи с этим при проведении амбулаторной химиотерапии необходимо, чтобы врач сам вводил препараты и ежедневно осматривал больного. Это необходимо еще и потому, что нередко больные пытаются одновременно принимать так называемые народные средства, некоторые из которых весьма токсичны (сулема, керосин, различные яды и др.), что осложняет проведение специфической терапии.

Гормонотерапию, к сожалению, в большинстве случаев назначают эмпирически, исходя из теоретических представлений о гормональной активности той или иной опухоли. Наиболее часто гормонотерапию используют при лечении рака молочной и предстательной железы, тела матки, почки, щитовидной же-

лезы и др. Если для опухолей молочной железы и рака тела матки разработаны методики определения гормональных рецепторов в опухолевых клетках, позволяющих более целенаправленно использовать гормональные препараты, то при других опухолях подобных методик не существует. В связи с этим довольно часто больным раком молочной железы IIб и III стадии с сохраненной менструальной функцией после радикальной мастэктомии производят овариэктомию и назначают гормонотерапию андрогенами или антиэстрогенным препаратом тамоксифеном. Однако следует отметить, что лечебная эффективность овариэктомии составляет всего 30—40%. Следовательно, более чем у 60% больных выполнение этой операции бесперспективно, поэтому овариэктомию с последующей гормонотерапией необходимо выполнять с учетом распространенности процесса, гормонального профиля больной и наличия стероидных рецепторов в опухоли.

К сожалению, до сих пор у онкологов нет четко обоснованных критериев для решения вопроса о необходимости выполнения овариэктомии в плане комплексного лечения больных с первично-распространенным раком молочной железы. Если у больных с сохраненной менструальной функцией после радикальной мастэктомии появляются метастазы в отдаленных органах и тканях, то вопрос об овариэктомии решается однозначно. В остальных случаях при наличии опухоли в молочной железе овариэктомию производят при IIб и IIIб стадии в зависимости от наличия гормональных рецепторов, если подобное исследование выполнено в лечебном учреждении или решение о выполнении овариэктомии полностью зависит от компетентности врача. К сожалению, довольно часто этот вопрос решается односторонне и больной производят овариэктомию, после чего назначают только гормональные препараты или проводят послеоперационную химиотерапию без включения гормональных препаратов.

При раке тела матки используют прогестины, которые эффективны лишь при высокодифференцированных железистых формах опухоли. Это необходимо четко знать и больным с низкодифференцированными формами рака тела матки терапию прогестинами не назначать. На практике нередко таким больным все же проводят гормонотерапию прогестинами, которая не дает противоопухолевого эффекта и к тому же отягощает течение сопутствующих заболеваний, свойственных этой категории больных (нарушение обменных процессов, сахарный диабет, гипертоническая болезнь, ожирение, нарушение свертывания крови). Если оценку лечебного эффекта химиотерапии проводят после двух курсов лечения, то при использовании гормональных препаратов в связи с механизмом их действия это время значительно увеличивается. В большинстве случаев оптимальным временем реализации лечебного эффекта гормонотерапии следует считать 3 мес. В отсутствие объективного положитель-

ного эффекта после постоянного применения гормональных средств в течение этого времени дальнейшее назначение данного гормонального препарата нецелесоообразно, так как эффект при более длительном использовании практически не наблюдается. В случаях регистрации лечебного эффекта гормонотерапию проводят до полной регрессии опухоли и затем еще в течение полугода для поддержания полной ремиссии.

Отмечавшийся в 60-е годы некоторый скептицизм в отношении химиотерапии в последнее десятилетие сменился необоснованной уверенностью в том, что противоопухолевые препараты смогут вытеснить из лечебной практики такие эффективные методы лечения, как хирургический и лучевой. Современные противоопухолевые препараты и гормональные средства обладают выраженной противоопухолевой активностью, но повлиять на выживаемость онкологических больных при большинстве локализаций опухолей пока не могут.

В настоящее время большинство исследователей считают, что исход неопластического заболевания зависит не только от прямого воздействия противоопухолевых препаратов на опухолевые клетки, но и от их влияния на иммунокомпетентную систему организма. Подавление иммунологической реактивности организма может способствовать быстрой генерализации процесса [Агеенко А. И. и др., 1982]. В связи с этим наиболее важной задачей экспериментальной и клинической онкологии является поиск лекарственных противоопухолевых препаратов, способных регулировать иммунологические реакции, нарушенные в процессе развития опухолевого процесса в организме.

Воздействие современных противоопухолевых препаратов на Т- и В-клеточные системы иммунитета может способствовать как быстрой диссеминации опухолевых клеток в организме больного с развитием метастазов в отдаленных органах и тканях, так и их регрессии. Однако современных данных об эффекторных механизмах Т- и В-лимфоцитов и их популяций, макрофагов, антител различных классов еще очень мало, кроме того, почти не расшифрованы факторы, продуцируемые опухолевыми клетками, которые обеспечивают их жизнеспособность в организме, несмотря на использование различных лечебных средств.

В последнее десятилетие наметились основные направления иммунотерапии в зависимости от специфичности и способа воздействия на организм опухоленосителя. Лечебное действие иммунотерапии — это восстановление и стимуляция физиологических иммунных механизмов, которые должны способствовать элиминации опухолевых клеток. Однако следует признать, что в настоящее время результаты клинической иммунотерапии весьма скромны. Это обусловлено тем, что практически отсутствуют сведения об опухолевых антигенах новообразований человека, их локализации в опухолевой клетке, иммуногенности, перекрестной реактивности с нормальными антигена-

ми клеток и тканей, а также не изучены механизмы взаимодействия с иммунокомпетентной системой организма.

В связи с изложенным выше следует с осторожностью относиться к иммунотерапии, так как не вызывает сомнений тот факт, что иммунные механизмы, активированные различными иммуностимуляторами, могут не только подавлять опухолевый рост, но и усиливать его, защищая злокачественные клетки от цитотоксических воздействий лечебных препаратов.

Ошибки при комбинированном и комплексном лечении. В настоящее время при лечении большинства злокачественных опухолей используют комбинированный или комплексный методы. Это обусловлено тем, что более чем у 50% больных, поступающих в онкологические стационары, диагностируют местно-распространенный опухолевый процесс, характеризующийся выходом опухоли за пределы первичного очага, поражением регионарных лимфатических узлов или врастанием опухоли в окружающие органы и ткани. В этих случаях проведение только хирургического лечения, при котором по сути осуществляется локальное воздействие на первичную опухоль и регионарные метастазы, малоперспективно, поскольку более чем у половины больных в ближайшие 1—2 года после операции развиваются рецидив и метастазы в отдаленных органах и тканях.

В связи с высокой непосредственной лечебной эффективностью лучевой терапии и лекарственных противоопухолевых препаратов, была предпринята попытка использовать их у больных с местно-распространенным опухолевым процессом. Комбинированные и комплексные методы лечения в настоящее время широко применяют при некоторых злокачественных опухолях, и их преимущество перед монотерапией не вызывает сомнений. Показания к проведению комбинированного и комплексного лечения постоянно расширяются. Если в 50—60 годах такое лечение применяли только при раке молочной железы, шейки матки, опухолях языка, кожи, то в настоящее время количество злокачественных опухолей, при которых применяют комбинированное лечение, значительно увеличилось. К ним можно отнести рак пищевода, гортани, слизистой оболочки полости рта, легкого, желудка, прямой кишки, саркому мягких тканей и др. В последние годы активно изучают и внедряют в клиническую практику схемы лекарственной послеоперационной химиотерапии. Не вызывает сомнения тот факт, что послеоперационная химиотерапия значительно улучшила отдаленные результаты лечения хорионэпителиомы, опухоли Вильмса, злокачественных опухолей яичка, рака молочной железы.

Таким образом, широкое использование в клинической практике комбинированного и комплексного лечения злокачественных опухолей создало определенные трудности при выработке адекватного плана лечения онкологического больного. Эти трудности обусловлены тем, что необходимо решать вопросы

о преимуществе пред- или послеоперационной лучевой терапии, объеме облучения тканей, режимах и дозах ионизирующего излучения, а также определить наиболее оптимальные интервалы между дополнительным лечением и операцией. Кроме того, для назначения комбинированного и комплексного лечения большое значение имеет объективная оценка общего состояния больного.

Роль лучевой терапии в комбинированном лечении различна. Если основной задачей предоперационной лучевой терапии является снижение биологической активности опухолевых клеток и увеличение абластичности оперативного вмешательства, то проведение послеоперационной лучевой терапии позволяет достичь эрадикации опухолевых клеток в зоне операционного поля и области регионарных лимфатических узлов. Естественно, ионизирующее излучение является локальным методом воздействия на опухолевый процесс, т. е. регрессия опухоли происходит только в зоне облучения. В связи с этим наиболее ответственной задачей является определение объема облучаемых тканей. Для того чтобы выбрать правильную методику облучения, необходимо знать анатомо-топографические взаимоотношения опухоли и окружающих тканей для обеспечения адекватного подведения дозы ионизирующего излучения. Кроме того, хирург должен иметь четкие представления о действии лучевой терапии на окружающие нормальные ткани, времени реализации лучевого воздействия на опухоль, возможных непосредственных и отдаленных осложнениях лучевой терапии. Немаловажное значение имеет объективная оценка имеющихся у больного сопутствующих заболеваний.

Клинический опыт показывает, что комбинированное лечение рака III стадии ряда локализаций (немелкоклеточный рак легкого, рак пищевода, прямой кишки, гортани, опухоли мягких тканей и др.) обеспечивает достоверное снижение частоты рецидива в локорегионарной зоне и улучшение отдаленных результатов в целом на 10—12%, не усложняя при этом технику оперативных вмешательств и не отражаясь на частоте послеоперационных осложнений.

Анализ ошибок, допускаемых при предоперационной лучевой терапии, показал, что они связаны главным образом с неопределенным увеличением интервала между окончанием лучевой терапии и операцией. После применения сравнительно невысоких доз предоперационного облучения опухоли (30—40 Гр) при интервале более 3 нед отмечается возобновление активного роста опухоли, в результате чего резко снижается эффект комбинированного лечения. Так, например, при суммарной очаговой дозе 30—35 Гр и интервале между лучевой терапией и операцией до 3 нед возобновление роста опухоли установлено у 21% больных раком пищевода, при интервале более 3 нед — у 30%, а при суммарной очаговой дозе, равной 40—45 Гр, — соответственно у 12,5 и 48,9% больных.

Следует отметить, что если в процессе проведения лучевой терапии и после ее окончания уменьшение объема опухоли отсутствует или выражено незначительно, то это еще не означает, что опухоль радиорезистентна или не повреждена и эффект лучевой терапии отсутствует. Особенно сложно судить об эффективности лучевой терапии, когда облучение проводят перед операцией коротким (4—5 дней) интенсивным курсом. В этих случаях и степень выявляемых морфологических лучевых повреждений неадекватна истинному радиобиологическому эффекту. Роль лучевой терапии, приводимой перед операцией или в послеоперационном периоде, необходимо оценивать по дополнительным критериям, таким как повышение процента выполнения клинически радикальных операций, снижение частоты метастазов и рецидивов, развитие их в более поздние сроки, повышение выживаемости больных.

Наибольшее количество ошибок допускают на этапе определения показаний к комбинированному лечению. Часто его назначают при относительно ранней (I) стадии рака молочной железы, легкого, пищевода и др., когда достаточно проведение только радикального оперативного вмешательства. Между тем, по данным литературы, 5-летняя выживаемость при раке молочной железы I—II стадии после хирургического лечения равняется приблизительно 90% и дополнительная лучевая терапия не улучшает отдаленных результатов. К тому же послеоперационная лучевая терапия нередко приводит к инвалидизации больных в связи с развитием отека руки, резким нарушением объема движений. Аналогична ситуация при раке пищевода и легкого I—II стадии без регионарных метастазов, когда проведенная в дополнение к операции лучевая терапия или химиотерапия не приводят к улучшению отдаленных результатов по сравнению с хирургическим методом. Следовательно, применение комбинированного лечения при II стадии, равно как и только хирургического лечения больных раком III стадии, является врачебной ошибкой.

Деонтологические ошибки. Деонтология продолжает оставаться в центре внимания современной медицины не только как философское понятие, но и как необходимая составная часть лечения.

Ошибки в общении с больными. Взаимоотношения врача и больного играют важную роль в лечении. Личность врача отождествляют с самыми лучшими человеческими качествами — честностью, преданностью, самоотверженностью, милосердием, добротой, душевностью, чуткостью и гуманностью, поэтому больные хотят видеть врача безгрешным, никогда не ошибающимся и умеющим исцелять. На конгрессе врачей французский писатель Андре Моруа сказал: «Завтра, как и сегодня..., врач сохранит свой сан жреца, а вместе с ним и свою страшную, все возрастающую ответственность... И жизнь врача остается такой же, как сегодня, — трудной, тревожной,

героической и возвышенной. Милосердие не является непременным украшением физика или химика, но оно обязательно для врача».

Еще в 1945 г. Н. Н. Петров писал: «Хирургия достигает вершины своих возможностей лишь в том случае, когда она бывает украшена высшими проявлениями бескорыстной заботы о больном человеке и притом не только о его теле, но и состоянии его психики».

Вопросам деонтологии в онкологии — этическим нормам общения врача с онкологическими больными — уделяется много внимания [Петров Н. Н., 1945; Корж С. Б., 1975; Блохин Н. Н., 1977; Грицман Ю. Я., 1982; Демин В. Н., 1986; Петровский Б. В., 1988, и др.]. По ряду причин деонтологические правила особенно важны в клинической онкологии. Серьезность прогноза заболевания, возможность появления рецидива и метастазов вынуждают пациента к длительному и систематическому общению с врачом. Кроме того, предрассудки относительно причин опухолевых заболеваний, фатального исхода, несмотря на лечение, и даже заразности опухолей еще очень живучи. Поколебать это мнение и бороться с предрассудками во имя блага больного может лишь врач, прекрасно владеющий своей специальностью, широко образованный и эрудированный, руководствующийся деонтологическими принципами. Важнейшим путем решения данной задачи является индивидуальная душевная, располагающая к откровенности беседа врача с больным.

Онколог обязан быть спокойным, заботливым, знающим и добрым человеком. Его должно волновать не только физическое, но и душевное состояние больных, потому что одно только предположение о возможности онкологического заболевания является большой психической травмой.

Возникновение конфликта между больным и врачом почти всегда является свидетельством совершенной деонтологической ошибки. Цепь этих ошибок нередко начинается в кабинете врача общей лечебной сети из-за того, что не состоялась или была неправильно проведена первая беседа с больным. Например, до морфологического подтверждения диагноза нельзя с определенностью говорить о диагнозе и даже о лечении, потому что диагностические ошибки у врачей «первого контакта» далеко нередки. Неправильно проведенная беседа при направлении к онкологу больного, у которого заподозрен рак, вызывает у него реакцию в виде страха. Часто такой больной месяцами не идет к онкологу, боясь подтверждения диагноза, надеясь на ошибку врача, тем самым задерживая лечение болезни на многие месяцы. Отказ больного от лечения, особенно хирургического, обычно также является следствием деонтологической ошибки.

Ошибки в общении с родственниками больного. Жалоба родственников на врача, у которого после большой, подчас рискованной, но оправданной операции умер больной, также следствие деонтологической ошибки, которую можно

предотвратить. Когда обследование больного закончено и его судьба всесторонне обсуждена на консилиуме, должны состояться две беседы: одна с больным, вторая с родственниками, обязательно в отсутствие больного. Больному следует говорить об излечимой форме болезни, а родственникам об опасности болезни, о возможности осложнений после операции и вероятности неблагоприятного исхода. Иногда желательно проводить беседу в присутствии заведующего отделением, обычно являющегося наиболее опытным специалистом, вызывающим доверие.

Ошибки в общении медицинского персонала между собой. Крайне важны правильные взаимоотношения сотрудников в медицинском коллективе. Нормой должны быть дружеская взаимопомощь, уважение друг к другу. Это укрепляет авторитет клиники, а возможные неудачи не обескураживают, не деморализуют врача, а наоборот, помогают избежать их в будущем. Особенно опасно, если врач не видит своих недостатков, ничего не делает для их исправления, совершает одну ошибку, в том числе деонтологическую, за другой. В этом случае долг всего коллектива объяснить коллеге, что ему лучше изменить профессию.

Мера ответственности врача за ошибки, допущенные им при лечении онкологических больных, до настоящего времени ограничивается, как правило, моральными категориями и редко — административным воздействием. Между тем следует рассматривать и учитывать социально-экономические потери и моральный ущерб от врачебных ошибок, которые приводят к потере тысяч людей. Кроме потери трудовых ресурсов, отмечают огромные моральные потери, тяжелые психические травмы родных и близких.

Современная медицина располагает всеми возможностями для улучшения деятельности онкологической службы. Анализ врачебных ошибок и проведение мероприятий с целью их предотвращения — один из путей достижения этой цели.

ГЛАВА 2

ОШИБКИ НА ЭТАПЕ АКТИВНОГО ВЫЯВЛЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Ключом к решению проблемы раннего активного выявления онкологических больных является правильная организация профилактических осмотров населения.

Профилактические осмотры, которые проводят с целью выявления больных со злокачественными опухолями и предраковыми заболеваниями, имеют несколько форм: массовые профи-

лактические осмотры на предприятиях и в учреждениях, индивидуальные профилактические осмотры в поликлиниках, в том числе обследование женщин в смотровых кабинетах, флюорографические исследования. Все эти формы существуют давно, принципы их проведения неплохо отработаны, и низкая их эффективность может быть объяснена только ошибками в организации.

В течение многих лет проблема оптимизации профилактических осмотров и раннего активного выявления больных со злокачественными опухолями является предметом обсуждения на онкологических форумах. Однако при сравнении данных, представленных в докладах на I и III Всероссийских съездах онкологов, проходивших соответственно в 1973 и 1986 гг., установлено, что частота запущенных форм снизилась лишь с 21,2 до 19,2%, а выявляемость больных выросла только с 7 до 9,9%. Небольшое увеличение числа активно выявляемых онкологических больных происходит не за счет повышения эффективности действующих форм профилактических осмотров, а в основном вследствие увеличения численности обследуемых.

Анализ показателей, характеризующих состояние онкологической службы, убеждает в том, что улучшение ряда из них следует объяснить заметным увеличением количества коек, упорядочением системы госпитализации онкологических больных, совершенствованием методов лечения (хирургического, лучевого, лекарственного, а также их комбинаций). В результате этого снижается одногодичная смертность и увеличивается число излеченных онкологических больных. Однако, кроме рака шейки матки и в меньшей степени рака молочной железы, профилактические осмотры мало влияли на эти показатели, несмотря на значительные затраты труда и материальных средств. Так, в Ленинграде за 10 лет активной работы пульмонологических комиссий число больных раком легкого, выявленных активно, увеличилось с 15 до 38%.

В ряде регионов СССР не уделяется должного внимания проведению профилактических осмотров населения с целью выявления онкологических заболеваний, допускаются серьезные организационные ошибки. Не во всех лечебно-профилактических учреждениях разрабатываются планы проведения профосмотров, а там, где они имеются, не осуществляется строгий контроль за их реализацией.

Одной из важных причин недостаточной эффективности профилактических осмотров является недобросовестное отношение к ним участковых врачей и специалистов, работающих в лечебно-профилактических учреждениях районного звена медицинской службы. Контроль главных врачей и районных онкологов за проведением профосмотров совершенно недостаточен. Между тем опыт показывает, что правильной организацией профилактических осмотров можно добиться лучших отдаленных результатов лечения онкологических заболеваний.

При осуществлении массовых профилактических осмотров на предприятиях допускаются организационные ошибки, существенно влияющие на их результаты. Проведению такого осмотра должна предшествовать широкая санитарно-просветительная работа, направленная на разъяснение его значения всем лицам, подлежащим осмотру. Необходимо разъяснить важность выявления больных раком в ранних излечимых стадиях и особенно предраковых заболеваний, имея в виду основную цель — предупредить уклонение от осмотров. Нередко такую санитарно-просветительную работу либо вообще не проводят, и рабочие не знают, зачем они должны являться к цеховому врачу или в медико-санитарную часть, либо проводят длительные беседы, основным содержанием которых является рассказ о ранних признаках рака множества локализаций. Для осуществления осмотра достаточно обеспечить своевременную явку людей, а остальное — задача медицинских работников, проводящих профилактический осмотр.

При всей напряженности работы во время массового профилактического осмотра необходимо собрать хотя бы краткий анамнез и выяснить жалобы, которым сам обследуемый не придает серьезного значения и не считает поводом для обращения к врачу, в то время как медицинский работник, может расценить их как основание для углубленного обследования.

Частой ошибкой при проведении такого вида профилактических осмотров является их поверхностный, неполный характер. Часто обследуемому не предлагают раздеться, а значит, не осматривают кожу и не пальпируют лимфатические узлы, не проводят пальцевое исследование прямой кишки у мужчин, не используют флюорографический и патологический методы исследования и т. д.

Серьезной организационной ошибкой при профилактических осмотрах является то обстоятельство, что обследуют не всех лиц, подлежащих осмотру. При этом нередко от осмотра уклоняются лица пожилого возраста и имеющие жалобы, т. е. как раз те, у которых наиболее вероятно выявление рака и предраковых заболеваний. Этих людей нужно обязательно осматривать. Необходимо помнить, что при проведении массовых профилактических противораковых мероприятий решающими являются не количественные, а качественные показатели.

При профилактических осмотрах допускаются ошибки в учете лиц, у которых выявлен патологический процесс, не полностью заполняют статистическую учетную форму № 30. Вследствие этих ошибок выявленных больных своевременно не направляют к соответствующим специалистам для квалифицированного дообследования.

При неправильной организации учета больных не ставят на диспансерный учет, а следовательно, не проводят оздоровительные мероприятия. Труд большого коллектива, организовавшего

и осуществившего массовый профилактический осмотр, остается без реального результата.

При раке легкого причиной запущенности является то обстоятельство, что флюорографическое исследование проводят не у всех групп повышенного риска. Об этом свидетельствует тот факт, что из заболевших раком легкого в РСФСР регулярно, не реже 1 раза в год, подвергались флюорографическому обследованию менее 40%. Имеют существенное значение также клинико-рентгенологические ошибки врачей, проводящих дообследование выявленных при флюорографии больных. Наиболее часто устанавливают ошибочный диагноз пневмонии (острой — в 49,5%, хронической — в 14,1% случаев). Основной причиной клинико-рентгенологических ошибок на этом этапе является неиспользование наиболее информативных методов исследования — томографии, бронхоскопии, цитологического исследования и т. д.

Причинами запущенности рака шейки матки следует считать то обстоятельство, что не всех женщин подвергают профилактическим осмотрам и обследованиям, а также низкое качество осмотров, проводимых на производстве и в медицинских учреждениях. Об этом свидетельствует тот факт, что 63% больных раком шейки матки III и IV стадии относились к тем возрастным группам, которые подлежат профилактическим осмотрам, причем 60,4% работали и должны были быть обследованы в МСЧ на предприятиях. Особого внимания заслуживают женщины, отнесенные к так называемому декретированному контингенту, которые должны проходить обследование несколько раз в год. Недостаточный охват женщин профилактическими обследованиями и низкое качество осмотров приводят к тому, что частота активного выявления рака шейки матки не превышает 27%.

Часто причиной запущенности рака этой локализации являются диагностические и тактические ошибки врачей-гинекологов при дообследовании женщин, выявленных при профосмотрах. Обращает на себя внимание низкое качество дообследования, которое осуществляют без применения гистологического и кольпоскопического методов исследования, без исследования канала шейки матки. Нередко при обследовании женщин используют неадекватные инструменты: вместо ложкообразных зеркал — зеркала Куско, вместо шпателей Эйфа — деревянные шпатели и палочки, в результате чего снижается информативность исследования.

Важной формой профилактических осмотров женского населения является обследование в смотровых кабинетах, которые организованы в районных поликлиниках. В этих кабинетах работают специально подготовленные акушерки и медицинские сестры. Смотровой кабинет должен работать с полной нагрузкой: при двухсменной работе в нем должно быть обследовано не менее 5000—6000 женщин в год. В смотровом каби-

нете должны проводить не только исследование женских половых органов, во время которого берут мазки с шейки матки и из ее канала для цитологического исследования, но и осмотр кожи, молочных желез, полости рта, периферических лимфатических узлов, а также пальцевое исследование прямой кишки.

Указанный объем работы акушерки смотрового кабинета определен приказом Министерства здравоохранения СССР № 425 от 29 апреля 1976 г. (приложение № 4). При подготовке этого документа был использован большой положительный опыт работы смотровых кабинетов в поликлиниках Ленинградской и Волгоградской областей, Удмуртской АССР и ряда районов Москвы и Ленинграда. При правильной организации работы смотровых кабинетов она высокоэффективна. Так, например, по данным Е. А. Кучурина и соавт. (1979), в смотровых кабинетах в Удмуртской АССР за 3 года активно выявлено 407 больных со злокачественными опухолями, из них 347 больных раком шейки матки. Особенно важен тот факт, что среди больных раком шейки матки, выявленных в смотровых кабинетах, стадия 0 установлена у 42,1%, I стадия — у 34,8%, II — у 21,3%, III — только у 1,8% человек. Кроме того, выявлены 8420 больных с предопухолевыми заболеваниями, которым проведено необходимое лечение. Таковы возможности смотровых кабинетов при правильной организации их работы.

К сожалению, такие результаты наблюдаются не везде. Это объясняется прежде всего тем, что во многих поликлиниках смотровые кабинеты работают с неполной нагрузкой, нередко в одну смену при двухсменной работе поликлиники, поэтому многие женщины, «проходящие через поликлинику», не подвергаются осмотру в кабинете. Часто главные врачи поликлиник, не проявляющие достаточной онкологической настороженности и не понимающие социального значения раннего выявления больных раком и предраковыми заболеваниями, используют персонал смотровых кабинетов в случае нехватки или отпусков средних медицинских работников на других участках (регистратура, кабинет доврачебного осмотра и т. п.). В результате этого сотни женщин попадают на прием к врачу, минуя смотровой кабинет, вследствие чего значительно снижается эффективность профилактической работы.

Второй типичной организационной ошибкой в работе смотровых кабинетов является проведение осмотров в неполном объеме. Нередко акушерки не проводят пальцевое исследование прямой кишки, при гинекологическом осмотре пользуются зеркалами Куско без подъемника, не дающими достаточного обзора. Наиболее серьезным упущением является то, что во время осмотра женщин не берут мазки с шейки матки и из ее канала для цитологического исследования. Эта ошибка наиболее опасна, так как дискредитирует саму идею профилактических осмотров женщин в смотровых кабинетах.

Ошибкой является недостаточно активная работа по выяв-

лению и обследованию неработающих женщин, не обращающихся в поликлинику и не подвергающихся профилактическим осмотрам. Это способствует увеличению числа женщин, относящихся к группе повышенного риска развития рака.

К ошибкам в работе смотровых кабинетов следует отнести некоторые отступления от общепринятых правил обследования. Например, нарушения методики получения мазков с шейки матки для цитологического исследования приводят к тому, что около 5% взятых мазков не содержат клеточного материала и, следовательно, неинформативны. Не во всех смотровых кабинетах и женских консультациях правильно организован контроль за выявленной патологией. Это приводит к тому, что значительная часть женщин, у которых выявлена та или иная патология, в последующем не подвергаются дообследованию и лечению.

Между тем правильное использование смотровых кабинетов позволяет увеличить выявляемость больных со злокачественными опухолями при этом виде профосмотров в 2—3 раза по сравнению со средним показателем и соответственно снизить затраты на их выявление. Так, по данным М. Я. Боброва и соавт. (1985), выявляемость больных раком молочной железы может достигать 0,09% от общего числа обследованных и 29,6% от числа впервые выявленных больных раком этой локализации.

Наконец, недостаточно, как и при других формах профосмотров, заподозрить злокачественную опухоль или предопухолевое заболевание. Работа смотрового кабинета эффективна только в том случае, если обеспечены условия для дальнейшего дообследования всех женщин, у которых заподозрен патологический процесс, правильная их регистрация и лечение. При правильной организации профилактических осмотров в поликлинике ее посетителей как бы делят на два потока: женщин направляют для обследования в смотровые кабинеты, а мужчин — к врачам всех специальностей, кроме так называемых узких специалистов (окулист, оториноларинголог и т. д.). При такой форме профилактических осмотров также допускаются ошибки, резко снижающие их эффективность. Прежде всего в учетные формы часто ошибочно вносят больных со злокачественными новообразованиями, пришедших на прием с жалобами, в какой-то мере характерными для этих заболеваний, т. е. диагноз устанавливают в результате обычной диагностической работы врача. Между тем единственная задача профилактических осмотров всех видов — активное выявление больных из числа лиц, считающих себя здоровыми.

Большим резервом для активного выявления больных с ранними формами опухолей являются группы лиц, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу хронических заболеваний. Ошибки при диспансеризации таких больных обычно сводятся к формальному ее проведению, когда больные, состоя-

щие на диспансерном учете, не подвергаются периодическому полноценному обследованию на современном уровне. Иллюстрацией этого служат следующие данные, опубликованные А. К. Панковым и соавт. (1977). Ими были обследованы 8413 человек, находившихся под диспансерным наблюдением по поводу различных форм гастрита. Применялась следующая схема обследования: анкеты, ширококадровая флюорография, рентгеноскопия желудка, фиброгастроскопия с цитологическим и гистологическим исследованиями. В результате проведенного обследования рак желудка выявлен у 1,6%, полипы желудка — у 0,7%, язвенная болезнь желудка — у 3,84% находящихся под диспансерным наблюдением больных. У 1027 человек выявлены также другие заболевания, а 2603 признаны здоровыми. Важно отметить, что рак желудка I—II стадии диагностирован у 26,5% больных. Подчеркиваем, что все 8413 человек находились на диспансерном учете по поводу гастрита. Таков результат формально проведенной диспансеризации больных хроническим гастритом.

Отмечено, что хотя все больные, подлежащие диспансеризации, ежегодно проходят контрольные обследования (некоторые и по 2 раза в год), качество этих обследований недостаточно для выявления онкологических больных. В подавляющем большинстве случаев проводят рентгенологическое исследование, обычно не всем больным в полном объеме и недостаточно квалифицированно (у большинства рентгеноскопия), эндоскопическое исследование выполняют значительно реже.

Опубликованные данные показывают, что при квалифицированном гастрологическом обследовании лиц старше 40 лет, находящихся на диспансерном учете по поводу анацидного и гипацидного хронического гастрита, рак желудка выявлен в среднем у 5%, полипоз — у 4,4% и язвенная болезнь желудка — у 5,5% больных [Сергеев С. И. и др., 1978]. Следовательно, правильное полноценное дообследование больных с хроническими заболеваниями желудка, состоящих на диспансерном учете, может стать важнейшим способом своевременного выявления больных со злокачественными новообразованиями. По данным Л. Е. Денисова и соавт. (1984), дообследование больных с хроническими заболеваниями желудка позволило выявить рак I—II стадии у 30% больных, III стадии — тоже у 30%, в то время как обычно рак желудка I—II стадии диагностируют примерно у 7% больных [Зеленер С. В., 1982].

В последние годы организаторами профилактических осмотров в поликлиниках призваны стать отделения профилактики. Однако в организации их работы нередко допускают ошибки. Как правило, там работает всего один врач (он же заведующий отделением), который проводит осмотры так называемого здорового населения, обращающегося в поликлинику по разным поводам (для получения различных справок, заполнения тех или иных медицинских документов и т. д.). В течение ра-

бочего дня врач отделения профилактики принимает 25—30 человек, а значит, в месяц 750—800 человек (8000—9000 человек в год) — нагрузка хорошо работающего смотрового кабинета. Однако число выявленных в отделениях профилактики онкологических больных значительно меньше, чем в смотровых кабинетах, что объясняется недостаточным использованием простейших диагностических методов (пальцевое исследование прямой кишки, осмотр кожи, полости рта, пальпация лимфатических узлов и др.). Вследствие организационных ошибок отделения профилактики поликлиник пока еще не стали центрами организации и координации профилактической работы. Таким образом, улучшение их работы — значительный резерв улучшения вторичной профилактики.

Важным вопросом является оценка работы лечебно-профилактических учреждений по активному выявлению больных со злокачественными опухолями. Для того чтобы не допускать ошибки в этой работе, необходимо иметь в виду следующее. Еще в 1974 г. С. И. Сергеев предложил разделить все формы злокачественных новообразований в зависимости от вероятности их активного выявления на три группы.

Первая группа — опухоли, в отношении которых имеются хорошо разработанные и достаточно апробированные методы раннего распознавания. К ним относят опухоли кожи, полости рта, шейки матки, молочной железы, прямой кишки, периферический рак легкого и др. Возможности выявления злокачественных новообразований указанных локализаций в настоящее время зависят прежде всего от организации работы по их диагностике, квалификации персонала, а также применения цитологического, флюорографического и других методов исследования.

Вторая группа — опухоли, распознавание которых в ранней стадии в принципе возможно, но для этого требуется применение специальных методов исследования, которыми учреждения практического здравоохранения не располагают. К таким опухолям относятся рак пищевода, желудка, ободочной кишки, центральный рак легкого и др. Действительно, используя сочетание рентгенологического, эндоскопического, морфологического (цитологического, гистологического) методов, в настоящее время можно диагностировать ранний рак любого из упомянутых органов до появления клинических признаков болезни. На этом пути стоят и другие все еще не решенные трудности, до сих пор не выработаны достоверные критерии отбора лиц, подлежащих такому обследованию.

Применительно, например, к раку желудка известны два пути решения этой задачи. Первый из них основан на том, что у значительного числа больных (около 40%) рак желудка возникает на фоне клинически выраженных патологических процессов (язвенная болезнь, гастрит). Следовательно, имеет прямой смысл активно выявлять больных раком желудка именно

среди этой группы больных. Действительно, при эндоскопическом обследовании больных с хроническими заболеваниями желудка, находящихся под диспансерным наблюдением, удается выявить 5—10% больных раком желудка, причем у 30% из них самую раннюю стадию болезни [Павлов К. А., 1972; Александров Н. Н., 1973; Сергеев С. И. и др., 1975], т. е. в 10 раз чаще, чем у больных, самостоятельно обращающихся за медицинской помощью к онкологам.

Второй путь изучен пока значительно хуже. У 60% больных рак желудка развивается казалось бы среди полного здоровья, без предшествующего клинически выраженного предракового заболевания. Необходимо отметить, что следует различать понятие «предрак» в клиническом и морфологическом аспектах. Здесь мы говорим о том, что клинических проявлений предрака у 60% больных рассматриваемой группы не было. Р. А. Мельников (1979) пишет: «Наш опыт показывает, что практически не существует так называемых «немых» или бессимптомных раков желудка. Даже на ранних стадиях развития, когда опухоль не превышает 1 см, уже могут появиться еле уловимые желудочные расстройства». Как же выявить эти «еле уловимые желудочные расстройства» у людей, которые, несмотря на существование этих расстройств, продолжают считать себя здоровыми и обращаются к врачу только тогда, когда расстройства становятся выраженными? Пока мы располагаем только анкетным методом с использованием ЭВМ, который сейчас апробируется.

Исследования, проводимые Д. Л. Пиковским (1977). М. П. Вилянским (1980) и др., показывают, что из общей массы людей, заполняющих анкеты, врачебный осмотр и тщательное обследование требуются приблизительно 10%. Следует признать, что сужение круга лиц, которых необходимо обследовать, определяет принципиальную ценность метода, однако он нуждается в дальнейшем совершенствовании. Действительно, по данным А. Ф. Серенко и Г. Ф. Церковного (1974), заболеваемость раком желудка в нашей стране составляет 44 человека на 100 000 населения в год. Следовательно, если провести анкету среди 100 000 человек, то отберем 10 000 человек (10%), подлежащих комплексному обследованию, а среди них нужно найти только 44 человека, больных раком желудка. При этом такие осмотры необходимо повторять достаточно часто. Даже если провести предварительную оценку с учетом заболеваемости в отдельных возрастно-половых группах, то все равно затраченные усилия не будут соответствовать результату.

В настоящее время содержание и объем используемых анкет зависят от тех целей, которые ставят перед собой авторы исследования, что порождает большое разнообразие форм и содержания анкет, причем отмечаются значительные различия даже в анкетах, предназначенных для выявления патологического процесса в одних и тех же органах, например рака же-

лудка, легкого, молочной железы, ЛОР-органов и др. Это привело к тому, что в анкетах, разработанных и используемых различными учреждениями для выявления одного и того же заболевания, наблюдается большой разброс в количестве вопросов и их формулировках.

Известно, что для заполнения анкет с большим количеством вопросов, призванных способствовать выявлению разнообразных факторов риска, требуется много времени, к тому же при этом часто затрудняется осмысливание врачом полученного информационного материала. Опыт показывает также, что многие лица, заполняющие анкеты, не всегда правильно понимают поставленные вопросы, не знакомы с медицинской терминологией, раскрывающей сущность клинических признаков, анатомических данных, отдельных факторов социального характера и др. Вследствие этого при заполнении анкет допускаются ошибки, чаще смыслового характера, что отражается на эффективности анкетного метода. В связи с этим понятно, что количество и смысловое значение включенных в анкету вопросов, которые должны способствовать выявлению симптомов заболевания и факторов риска, должны быть оптимальными, а формулировки — предельно простыми и доходчивыми.

Большое значение приобретает также организационно-методический подход к применению анкетного метода. Оптимальных результатов при выявлении больных с предопухолевыми и опухолевыми заболеваниями добиваются при применении поэтапного анкетирования, когда на первом этапе используют анкеты и разделяют обследуемых на «здоровых» и «вероятно больных». Лица, включенные во вторую группу, после обследования врачом должны быть направлены на дообследование в соответствующее специализированное медицинское учреждение, где на них должны быть заполнены целевые анкеты, содержащие вопросы, способствующие выявлению предполагаемого заболевания и определению дополнительных методов обследования. Такой подход к использованию анкетного метода позволяет уменьшить число лиц, нуждающихся в специальном обследовании в онкологических учреждениях, в 4—6 раз.

Третья группа — опухоли, для раннего распознавания которых пока нет никаких средств. К ним относят рак поджелудочной железы, яичников, забрюшинного пространства, небольшие опухоли средостения и др. К счастью, эти злокачественные новообразования встречаются сравнительно редко.

Приведенное деление злокачественных новообразований на три группы в зависимости от возможностей их раннего выявления необходимо всегда иметь в виду при разборе врачебных диагностических ошибок . Действительно, разве можно одинаково оценивать диагностические ошибки врачей, один из которых проигнорировал простейший и обязательный метод, например пальцевое исследование прямой кишки, а другой не распознал опухоль поджелудочной железы?

Все приведенные выше сведения имеют целью облегчить разбор врачебных диагностических ошибок, допускаемых при активном выявлении онкологических больных, главным образом при профилактических медицинских осмотрах.

Ошибки при первичном обращении онкологических больных. Одна из важнейших задач раннего и своевременного выявления больных со злокачественными новообразованиями — правильная диагностика рака и других злокачественных опухолей у больных, обращающихся к врачам разных специальностей.

Различия в выявлении онкологических больных при профосмотрах и обращении больных к врачу очевидны. В первом случае врачи должны обнаруживать злокачественные опухоли у людей, считающих себя здоровыми, или у больных, находящихся на диспансерном учете по поводу заведомо неонкологического заболевания. Во втором случае речь фактически идет о проведении дифференциальной диагностики у лиц, считающих себя больными и предъявляющих определенные жалобы. Врачами «первого контакта» с онкологическими больными чаще всего являются хирурги амбулаторно-поликлинической сети. На них лежит ответственность за своевременное распознавание злокачественных новообразований многих локализаций. Кроме того, врачи ЛПУ активно участвуют в проведении массовых профилактических осмотров населения, направленных на активное выявление больных раком и предраковыми заболеваниями. Врачи поликлиник и МСЧ также ответственны за лечение больных факультативным предраком.

Как показывает опыт, всех больных, у которых при посещении врача по какому-либо поводу обнаруживают опухоль, чаще всего направляют на консультацию к хирургу.

Онкологов и организаторов здравоохранения волнует стабильность показателей, характеризующих активное выявление больных со злокачественными опухолями основных локализаций. При анализе «протоколов запущенности», проведенном по 23 территориям РСФСР, получены следующие данные. Ошибки врачей послужили причиной запоздалой диагностики (IV стадия) рака легкого у 82% больных, рака желудка — у 37,5%, рака пищевода — у 22,1%. Из этого ясно, насколько велика роль амбулаторно-поликлинического звена [Грицман Ю. Я. и др., 1988]. Эта закономерность становится еще более убедительной при сравнительном анализе времени, прошедшего от первичного обращения больных до установления окончательного диагноза и начала лечения. Установлено, что большинство больных раком легкого, пищевода и значительная часть больных раком желудка обращаются к врачам своевременно, но амбулаторное обследование их проводят слишком долго. В настоящее время на уровне амбулаторно-поликлинического звена ЛПУ активно выявляют не более 10% всех больных со злокачественными новообразованиями.

Недостаточная онкологическая подготовленность врачей и

отсутствие должной онкологической настороженности являются одними из главных причин ошибок врачей ЛПУ. Проведенный нами анализ «протоколов запущенности» на местах показал, что основной причиной запущенности рака являются организационные врачебные ошибки, совершаемые особенно часто участковыми врачами в поликлиниках, женских консультациях, фтизиатрических учреждениях и центральных районных больницах.

Из общего числа больных, имевших запущенные стадии заболевания, в течение 2 лет, предшествовавших установлению диагноза, 75% посещали поликлиники в среднем 8 раз (от 4 до 15 раз). Несмотря на это, ни один из них не был своевременно всесторонне дообследован как больной с подозрением на онкологическое заболевание. Многих из таких больных лечили в те же годы в стационарных отделениях больниц.

Приведенные данные свидетельствуют не только об отсутствии онкологической настороженности у многих врачей лечебно-профилактических учреждений, но и недостаточном знании ими основных признаков онкологического заболевания той или иной локализации.

Материалы изучения амбулаторных карт и историй болезни больных с запущенными формами рака не подтверждают мнение о том, что важнейшей причиной запущенности является позднее обращение больных за медицинской помощью. Установлено, что 67% больных обратились с жалобами к врачу в течение первых 6 мес с момента появления у них первых симптомов заболевания, причем более $^{1}/_{3}$ (37,6%) из них — в течение 1-го месяца. У 42,6% из общего числа больных диагноз был установлен в сроки, превышающие 3 мес со дня обращения больного к врачу, а у 30,7% — более чем через 6 мес. Необходимо отметить, что 31,1% больных с запущенным процессом состояли на диспансерном учете по поводу того или иного заболевания и периодически подвергались обследованию.

Анализ причин запущенности у больных со злокачественными опухолями показывает, что недостаточная онкологическая настороженность врачей поликлиник нередко приводит к диагностическим ошибкам. Ретроспективное изучение 100 амбулаторных карт больных с запущенными формами рака желудка, проведенное в одном из районов Москвы, показало, что при соответствующей подготовке врачей, повышении их квалификации и знаний о симптомах злокачественных опухолей у половины этих больных диагноз мог быть поставлен в среднем на 6 мес раньше.

Необходимо отказаться от необоснованного оптимизма, не идти на поводу у больного, а в каждом трудном для диагностики случае предпочтительнее предположить возможность злокачественной опухоли и провести необходимые диагностические исследования. Лучше ошибочно заподозрить злокачественную опухоль, чем пропустить ее.

При проведении беседы с больным и анализе его жалоб необходимо иметь в виду следующее. При так называемых наружных локализациях рака (кожа, молочная железа, губа, полость рта, наружные половые органы и т. д.) важнейшим симптомом является наличие видимой на глаз или пальпируемой опухоли. Важно помнить, что слово «опухоль» является условным термином и злокачественный рост может выражаться не только в избытке ткани, но и в ее недостатке (незаживающие раны, язвочки). При злокачественных новообразованиях внутренних органов важнейшим признаком является нарушение их функции. Это находит свое отражение в дискомфорте такого типа, как, например, отсутствие полного облегчения при дефекации, извращение вкуса, снижение или полное отсутствие аппетита, утрата трудоспособности, уменьшение массы тела и т. д. Часто настораживающими признаками являются патологические выделения, мокрота, повышенная саливация, слизисто-гнойные и кровянистые выделения из прямой кишки, влагалища, носа, соска молочной железы. Нередко признаком опухоли является необъяснимое на первый взгляд повышение температуры тела вследствие интоксикации, как, например, при гипернефроме либо осложненном течении опухолевого процесса (обтурация бронха при раке легкого и т. д.).

Б. Е. Петерсон (1977) отмечал, что для онкологического заболевания характерно непрерывное нарастание симптомов. Это действительно так, но бывают исключения, когда наступает временное улучшение состояния больного и отмечается «приглушенность» симптоматики в связи с адаптацией организма к опухоли. При этом наблюдаются уменьшение дисфагии при раке пищевода или кардиального отдела желудка, периодическое улучшение опорожнения кишечника при раке толстой кишки. В таких случаях усыпляется бдительность врача, а диагноз устанавливают с опозданием. Следовательно, врач поликлиники не должен длительно наблюдать за больным, а при появлении первых жалоб, позволяющих заподозрить нарушение функции внутренних органов, без промедления направлять больного на обследование к онкологу.

Необходимо подчеркнуть, что врач, установивший несоответствие между жалобами больного и объективным статусом, не получивший достаточного лабораторно-инструментального объективного подтверждения клинической картины заболевания, должен подвергнуть больного тщательному всестороннему обследованию, вплоть до проведения его в стационарных условиях. Только такая организация обследования больных, обратившихся с теми или иными жалобами, может дать надежду на снижение количества врачебных ошибок, на улучшение результатов лечения рака.

Этапность диагностического процесса в онкологии связана с тем, что обычно, и это правильно, онкологические заболевания выявляет врач общей лечебной сети, а затем больного на-

правляют к онкологу. Таким образом, в лучшем варианте до установления диагноза злокачественной опухоли обследование онкологического больного проводят в два этапа. Многочисленные же консультации в других общесоматических лечебно-профилактических учреждениях до осмотра больного онкологом, несомненно, нежелательны.

Таким образом, ошибки при обследовании больного, обращающегося к врачу с определенными жалобами, т. е. на этапе установления первичного диагноза и дифференциальной диагностики между доброкачественными и злокачественными заболеваниями, чаще всего возникают по трем причинам. Прежде всего причиной ошибок является отсутствие выраженной клинической симптоматики злокачественных опухолей. Большое значение имеет недостаточная онкологическая настороженность врачей, стремление объяснить имеющиеся симптомы как проявление наиболее часто встречающихся заболеваний. Если при этом не используются или же применяют не в полном объеме и недостаточно квалифицированно стандартные и доступные методы исследования, то ошибка становится практически неизбежной.

ГЛАВА 3

ОШИБКИ В ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

3.1. ОШИБКИ В РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ

Рентгенологическое исследование — один из основных методов диагностики злокачественных опухолей. Это связано прежде всего с его доступностью, распространенностью, относительной безопасностью, простотой и высокими диагностическими возможностями. В связи с этим знание причин и характера ошибок в рентгенологической диагностике имеет важное значение для своевременного распознавания опухолей и их радикального лечения.

Основные задачи рентгенологического метода в онкологии — ранняя диагностика опухолей, уточнение степени их распространения и оценка результатов проведенного лечения. Практически все эти задачи должны решаться на каждом этапе обследования больных как в поликлинике, так и в стационаре. В настоящее время рентгенологическое исследование является основным методом диагностики опухолей скелета, доклинических форм рака молочной железы, периферических новообразований легких, опухолей средостения и т. д. Именно при этих

опухолевых заболеваниях роль врача-рентгенолога на всех этапах обследования больных чрезвычайно велика и вероятность диагностической ошибки должна быть сведена к минимуму. Особенно важное, принципиальное значение это положение имеет при проведении профилактических осмотров и диспансеризации населения с использованием флюорографии органов грудной клетки, так как в этих условиях заключение рентгенолога о наличии или отсутствии опухолевых изменений часто является окончательным. В связи с этим каждая ошибка рентгенодиагностики может стать причиной тяжелых последствий. Так, например, по данным Центрального научно-исследовательского рентгенорадиологического института Министерства здравоохранения СССР, из-за рентгенологических ошибок правильный диагноз рака легкого был установлен с опозданием более чем на 6 мес у 40% больных [Ловягин Е. В., Рохлин Г. Д., 1985]. Одной из причин запущенности рака легкого, в частности в УССР, где удельный вес IV стадии составляет 40,6%, можно считать тот факт, что с помощью профилактической флюорографии органов грудной клетки это заболевание выявлено всего у 9,1% больных [Бабий Я. С. и др., 1985].

Такая же ситуация возникает и в тех случаях, когда невозможно провести полноценное эндоскопическое исследование, например при выраженных стриктурах дыхательных путей или органов желудочно-кишечного тракта, и рентгенологическое исследование становится практически единственным методом выявления опухолей. При этом значительно возрастает ответственность рентгенолога за правильно сформулированное заключение.

Таким образом, значение ошибок рентгенодиагностики при определении прогноза и эффективности лечения опухолей во многом зависит от того, является ли рентгенологическое исследование в каждом конкретном случае составной частью примененного диагностического комплекса или оно выступает в качестве практически единственного способа диагностики. В первом случае неправильное рентгенологическое заключение может быть в последующем скорректировано с помощью других методов исследования, что в общем не повлияет на результаты лечения и прогноз заболевания, во втором случае ошибка рентгенолога часто непоправима, так как послужила причиной поздней диагностики опухоли.

Целесообразно выделить две группы причин ошибок рентгенодиагностики в онкологии: объективные и субъективные, ложноотрицательные (гиподиагностика) и ложноположительные (гипердиагностика).

Объективные причины ошибок рентгенодиагностики в большинстве случаев связаны с разрешающими возможностями самого метода или особенностями течения патологического процесса. Разрешающие возможности, или предел рентгенологического метода в распознавании опухолей, зависят от физических

свойств рентгеновских лучей, пленки и экранов, а также плотности и размеров новообразований. Именно поэтому подавляющее большинство опухолей, не содержащих известь, диаметром менее 0,2 см не могут быть выявлены рентгенологически. Иначе говоря, в большинстве случаев рентгенологическое исследование может рассматриваться как метод диагностики опухолей диаметром более 0,5 см. Совершенно ясно, что к понятию «разрешающие возможности рентгенологического метода» нужно относиться диалектически, так как по мере совершенствования аппаратуры, рентгеновских трубок, усиливающих экранов и т. д. соответственно повышаются возможности метода. Этому способствуют также разработка и внедрение в широкую практику новых, специальных аппаратов, а также более эффективных методик рентгенологического исследования. Например, с помощью современных усиливающих экранов, вакуумных высококачественных кассет и специальной пленки для маммографии можно выявлять в молочной железе микрокальцинаты диаметром 0,1—0,2 см [Павлова Е. А., 1985; Островская И. М., Липкович В. С., 1987]. Применение патентованной высококонцентрированной бариевой взвеси необходимой вязкости, специальных газообразующих веществ и пеногасителя создает оптимальные условия для контрастирования внутренней поверхности желудка и толстой кишки, что в свою очередь способствует диагностике небольших экзофитных опухолей диаметром 0,2 см и более [Дементьев Е. З., 1983; Якименко В. Ф., 1984].

Разрешающие возможности рентгенологического метода существенно возрастают при использовании рентгенотелевидения, специальных аппаратов для маммографии, крупнокадровых гастрофлюорографов с усилителем рентгеновского изображения для массовых профилактических исследований, компьютерной аксиальной томографии и т. д. Таким образом, необходимым условием, позволяющим избежать ошибок в рентгенодиагностике, является применение современной рентгеновской аппаратуры, специальных приспособлений и наиболее эффективных методик исследования.

Трудности рентгенологического выявления патологического процесса могут быть обусловлены ранней стадией развития опухолей, особенностями ее морфологического строения и роста, а также сложной дифференциальной диагностикой опухолевых и некоторых доброкачественных заболеваний.

Уже неоднократно отмечалось, что возможности рентгенологического распознавания небольших по протяженности плоских эндофитных злокачественных опухолей ограничены, причем чем меньше выражен экзофитный компонент опухоли или глубина инфильтрации стенки полого органа, тем хуже она выявляется рентгенологически и тем больше вероятность ошибки (гиподиагностика) [Араблинский В. М., Стрекаловский В. П., 1981]. В некоторых случаях даже при большой протяженности

процесса, но при инфильтрации только поверхностных слоев стенки полого органа рентгенологически очень трудно обнаружить злокачественную опухоль, например рак желудка, протекающий по типу linitis plastica. Это объясняется тем, что при данной форме роста опухоли очень плохо проявляются такие хорошо известные характерные рентгенологические признаки рака, как дефект наполнения, депо бариевой взвеси, ригидность стенки, неровность контуров, тень внутрипросветного образования, деструкция рельефа слизистой оболочки и т. д. (рис. 3.1)[1].

Опыт комплексной диагностики начального центрального рака легкого, накопленный за последние годы в МНИОИ им. П. А. Герцена, показал, что ложноотрицательные результаты рентгенологического исследования при этой стадии развития опухоли получены у 69,4% больных. У остальных больных рентгенологическими признаками начального центрального рака были лишь вторичные изменения в легких, связанные с нарушением бронхиальной проходимости.

По-видимому, особенностями роста злокачественной опухоли можно объяснить ошибки, допущенные в нашем институте в тех случаях, когда одной из причин неправильной рентгенодиагностики сарком длинных трубчатых костей у 3 больных было отсутствие таких характерных рентгенологических признаков этих опухолей, как периостальный «козырек» (треугольник Кодмэна) (рис. 3.2) и игольчатые периостальные разрастания [Свиридов С. А. и др., 1970].

Кроме того, на ранних стадиях развития рака его не всегда легко отличить от доброкачественных опухолей, в первую очередь аденом, и воспалительных полипов, очагов пневмосклероза или туберкулеза, узловых форм мастопатии и т. д. Дело в том, что довольно часто отмечается закономерность: чем меньше размеры опухоли, тем слабее выражены перечисленные выше и другие признаки злокачественного процесса (рис. 3.3). Как показали наши наблюдения, именно по этой причине при раке пищевода (T1) малой протяженности (до 3 см) больше всего рентгенодиагностических ошибок допускают при очагово-плоской инфильтративной и инфильтративно-язвенной форме роста опухоли (рис. 3.4).

К диагностическим ошибкам, обусловленным особенностями течения опухолевого процесса, следует отнести и такие, которые возникают в тех случаях, когда на маммограммах невозможно выявить рак малых размеров из-за расположения его в краевых зонах молочной железы или на фоне выраженной диффузной мастопатии, а также у молодых женщин из-за хорошо развитой у них нормальной железистой ткани [Сергеев С. И. и др., 1978].

Особенно трудно, а чаще невозможно диагностировать на-

[1] Все рисунки см. на вклейке.

чальные стадии малигнизации полипов, доброкачественных опухолей, язв и стриктур, если озлокачествление возникает не по краям, а в глубине субстрата этих патологических изменений и не переходит на окружающие их ткани.

Не всегда легко также рентгенологически распознать первично-язвенную форму рака желудка, когда уже в начальных стадиях его развития происходит распад опухоли с образованием изъязвления, имитирующего доброкачественную язву, склонную к обратному развитию (рис. 3.5).

Как показали исследования сотрудников нашего института О. Ю. Ефимовой и А. А. Барышникова (1986), рентгенологически удалось правильно диагностировать первично-язвенный рак желудка только у 18 из 49 больных, причем у 23 из этих 49 больных выявленные при рентгенологическом исследовании изменения неправильно трактовались как доброкачественная язва.

В то же время при преимущественно внеорганной форме роста злокачественной опухоли могут возникнуть затруднения при ее дифференциальной диагностике с различными патологическими процессами в окружающих анатомических структурах, в результате чего может быть дано ошибочное заключение о вторичном характере поражения.

Причины субъективных ошибок в рентгенодиагностике злокачественных опухолей возникают вследствие применения неправильной методики исследования, неверной трактовки полученных данных, неправильного использования рентгенологических методик, недооценки или, наоборот, переоценки данных, полученных с помощью других методов диагностики (клинического, морфологического, цитологического, эндоскопического и т. д.), нарушения тактики исследования. Все эти причины ошибок тесно связаны друг с другом и находятся в прямой зависимости от квалификации врача-рентгенолога, причем не только специальной, но и общеклинической.

Одной из самых частых причин ошибок в рентгенодиагностике опухолей является неправильная методика исследования, которая не позволяет полностью реализовать все диагностические возможности рентгенологического метода. К сожалению, до сих пор наиболее распространенными ошибками подобного рода остаются выполнение только одной флюорограммы грудной клетки вместо трех — четырех, исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта только в вертикальном положении больного и часто без выполнения прицельных и обзорных рентгенограмм, исследование легких лишь в прямой проекции, проведение маммографии только одной молочной железы без компрессии. К ним следует также отнести исследование костей в одной, а не в двух взаимно перпендикулярных проекциях; отказ от выполнения прицельных рентгенограмм костей для получения тангенциального изображения патологического участка, а также «мягких» и суперэкспониро-

ванных снимков для лучшей визуализации некоторых деталей структуры кости, а также томографии. Вследствие таких элементарных нарушений методики исследования врач-рентгенолог не получает всей возможной информации о патологических изменениях и тем самым совершает грубую диагностическую ошибку, которая не может быть оправдана ссылками на экономию рентгеновской пленки, уменьшение продолжительности исследования, уменьшение лучевой нагрузки на больного и персонал и т. д.

К субъективным причинам ошибок в рентгенодиагностике следует отнести необоснованное использование некоторых эффективных методик рентгенологического исследования в тех случаях, когда их диагностические возможности ограничены. Вследствие этого они могут быть дискредитированы, а их бездумное использование может привести к ошибке. Так, например, применение первичного двойного контрастирования желудка или толстой кишки при плохой подготовке больного к исследованию в большинстве случаев значительно затрудняет распознавание экзофитных опухолей. Эта методика значительно менее эффективна, чем классическое полипозиционное исследование, при рентгенодиагностике небольших эндофитных опухолей, расположенных преимущественно в подслизистом слое или интрамурально. Однако недооценка роли методики двойного контрастирования при выявлении экзофитных опухолей небольших размеров и попытка обнаружить их только с помощью рентгенограмм рельефа слизистой оболочки в большинстве случаев приводят к грубой диагностической ошибке (рис. 3.6). Вместе с тем несомненно, что рентгенограммы рельефа слизистой оболочки имеют первостепенное значение в распознавании небольших плоских изъязвленных эндофитных опухолей (рис. 3.7).

Известно, что применение томографии для выявления увеличения ретротрахеальных и бифуркационных лимфатических узлов заднего средостения в подавляющем большинстве случаев совершенно бесполезно. С этой целью целесообразнее провести исследование пищевода с помощью бариевой взвеси (рис. 3.8). Значительно снижается эффективность томографии в тех случаях, когда при раке легких срез проходит не через корень, а через тень, обусловленную ателектазом, гиповентиляцией или пульмонитом [Портной Л. М. и др., 1986].

Диагностическую ошибку можно также совершить, пытаясь применять те или иные рентгенологические методики, не имея для этого специальных технических средств, приспособлений, контрастных веществ и других препаратов. В настоящее время общепризнано, что попытки применить обычную флюорографию для массовых рентгенологических исследований верхних отделов желудочно-кишечного тракта, костей и молочных желез потерпели неудачу. Однако многолетние исследования Л. М. Портного и соавт. (1990) показали, что при наличии

специальных крупнокадровых гастрофлюорографов с рентгенотелевизионным контролем этот метод может быть использован для массовых рентгенологических исследований с целью диагностики опухолей пищевода и желудка.

Исследования, проведенные И. М. Островской, показали, что микрокальцинаты — важный признак рака молочной железы — вообще не видны на маммограммах, произведенных на обычных рентгенодиагностических установках. При использовании обычных усиливающих экранов частота выявления микрокальцинатов в 2—3 раза ниже, чем при применении специальных экранов ЭУИ-5.

Вследствие большого количества диагностических ошибок полностью дискредитировали себя попытки проведения маммографии на обычных рентгеновских установках или флюорографах. По данным Н. И. Рожковой (1986), при флюоромаммографии рак молочной железы не диагностируется у 36% больных, а его доклинические формы — у 57%, причем частота ложноотрицательных заключений о наличии рака при использовании этого метода составляет 41%.

Как уже отмечалось ранее, выбор наиболее эффективной методики рентгенологического исследования в основном зависит от задач, которые поставлены перед рентгенологом лечащим врачом, а также от характера и объема диагностической информации о природе, локализации и степени выраженности патологических изменений, выявленных с помощью других методов. Кроме того, именно от этих факторов зависит выбор наиболее рациональной тактики рентгенологического исследования, что имеет важное значение в предупреждении возможных рентгенологических ошибок. В первую очередь это касается тех случаев, когда при выявлении опухолей или определении степени их распространенности применяют не все современные методики рентгенологического исследования, например при диагностике опухолей илеоцекальной области не исследуют этот отдел через 8—10 ч после перорального приема бариевой взвеси. При опухолевых сужениях органов желудочно-кишечного тракта иногда забывают о фармакопробах, даже такой простой, как сублингвальный прием 2—3 таблеток аэрона, а при злокачественной лимфоме толстой кишки не исследуют тонкую кишку и желудок и наоборот. Отказ от пневмокистографии в подавляющем большинстве случаев не позволяет своевременно диагностировать озлокачествление кист молочной железы (рис. 3.9, 3.10).

К диагностической ошибке может привести также неправильная, нерациональная последовательность применения различных методик, особенно в сложных для диагностики случаях. Так, при пальпируемых патологических образованиях в брюшной полости без клинических признаков вовлечения в процесс желудка и кишечника целесообразно начинать обследование больного не с ирригоскопии, холецистографии и т. д.,

а с экскреторной урографии или даже брюшной ангиографии. Тем самым уменьшается продолжительность обследования больных, и в некоторых случаях уже в самом начале диагностического процесса можно выявить опухоль.

При анемии и кровотечении неясной этиологии обследование необходимо начинать с ирригоскопии, так как если предварительно провести рентгенологическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта, то в дальнейшем возникают затруднения в связи с задержкой в толстой кишке бариевой взвеси.

Совершенно очевидно, что нельзя проводить томографию легких и средостения без предварительно сделанных обзорных рентгенограмм грудной клетки, пневмокистографию без маммографии в двух стандартных проекциях, париетографию пищевода, желудка и толстой кишки без результатов обычно рентгенологического исследования этих органов. Причиной ошибочной рентгенодиагностики рака молочной железы может быть проведение маммографии без учета фазы менструального цикла (10—15-й день).

К нарушениям тактики рентгенологического исследования следует отнести проведение контрольных рентгенологических исследований для уточнения диагноза. В настоящее время, когда в большинстве лечебных учреждений имеются условия для проведения комплексной диагностики опухолей, такие контрольные исследования необоснованны. Их следует проводить только по строгим показаниям, главным образом в тех случаях, когда больным по разным причинам противопоказаны другие, более сложные методы, например инвазивные.

Отсутствие преемственности между рентгенологическими исследованиями, проведенными в разных лечебных учреждениях, затрудняет выбор рациональной тактики обследования больных, так как приводит к ненужному дублированию, не позволяет использовать в диагностике динамику патологических изменений, затягивает диагностический процесс и т. д.

Таким образом, по нашему мнению, ошибки, связанные с неправильной методикой или тактикой рентгенологического исследования, объясняются главным образом низкой квалификацией рентгенолога, плохим его контактом с лечащим врачом или представителями других диагностических специальностей и недостаточной технической оснащенностью рентгенологической службы.

Ошибки рентгенодиагностики, обусловленные неверной трактовкой полученных данных, чаще всего возникают при недооценке одних, наиболее характерных для злокачественных опухолей рентгенологических симптомов или, наоборот, переоценке других, которые могут отмечаться не только при новообразованиях, но и при различных доброкачественных заболеваниях. Например, игнорирование такого несомненного признака злокачественного процесса, как подрытость или ограни-

ченная мелкобугристость границ перехода стриктур пищевода, толстой кишки, пилорического канала при четких, ровных контурах самого сужения, может привести к грубой диагностической ошибке — неправильной трактовке всех этих изменений как рубцово-воспалительных (рис. 3.11). Недооценка диагностического значения множественных микрокальцинатов, видимых на маммограммах на фоне мастопатии, — одна из причин того, что не распознается ранний рак молочной железы (рис. 3.12). Если рентгенолог опирается только на рентгенологические симптомы так называемой язвенной ниши без внимательного изучения окружающего ее вала, то в результате этого он может дать неправильное заключение о «язве», а не о первично-язвенной форме рака желудка (рис. 3.13).

Недооценкой таких симптомов центрального рака легкого, как ограниченное утолщение и втяжение плевры, сегментарное сгущение сосудистого рисунка, расширение корня, объясняется запоздалая диагностика опухоли (рис. 3.14). Анализ ошибок, совершаемых при рентгенологическом распознавании опухолей костно-суставного аппарата, свидетельствует о том, что наиболее частой ошибкой скиалогического анализа является недооценка рентгенологом патологических изменений структуры кости (очага деструкции, патологического перелома и т. д.). Основная причина этого заключается в недостаточно методичном чтении рентгенограммы.

В то же время переоценка диагностического значения такого симптома, как ригидность стенки желудка в области каллезной или пенетрирующей язвы, может явиться причиной неверного заключения о блюдцеобразном раке (рис. 3.15). При составлении заключения о природе периферического округлого образования легких можно допустить грубую ошибку и заподозрить рак, если ориентироваться только на такие симптомы, как бугристость и нечеткость контуров патологической тени, поскольку они встречаются и при ряде доброкачественных заболеваний, таких как гамартома, туберкулез и др. (рис. 3.16).

К субъективным причинам ошибок можно отнести неверную интерпретацию спикулоподобных разрастаний при некоторых опухолях, например гребневидный или кружевной периостоз при остеомиелите. Иногда обширный остеосклероз доброкачественной природы принимают за неопластическое костеобразование при остеогенной саркоме (рис. 3.17).

Следующая группа ошибок связана с невнимательным или неполным анализом рентгенограмм, причем в большинстве случаев эти ошибки имеют чисто психологический характер. Речь идет о том, что иногда рентгенолог при анализе рентгенограмм просто не замечает явных патологических изменений, однозначно свидетельствующих о наличии злокачественной опухоли. В одних случаях рентгенолог, приступая к составлению протокола исследования, ориентируется в основном на благоприятные результаты просвечивания и не обращает до-

статочного внимания на произведенные в процессе исследования рентгенограммы, на которых могут быть отчетливо видны признаки опухоли, в других случаях при анализе рентгенограмм совершенно игнорируются данные, полученные при просвечивании. В том и другом случаях рентгенолог допускает грубую методологическую ошибку, так как при формулировании заключения учитываются не все изменения, выявляемые как при просвечивании, так и на рентгенограммах.

Иногда в процессе просвечивания или при анализе рентгенограмм рентгенолог фиксирует все свое внимание на изучении только хорошо видимой опухоли и не замечает патологических изменений в других отделах. В результате этого можно просмотреть, например, первично-множественный рак толстой кишки, желудка, легких и т. д. (рис. 3.18).

Редко, в основном у неопытных рентгенологов, отмечаются диагностические ошибки, связанные с различными артефактами и дефектами техники рентгенологического исследования. Так, например, дефекты пленки, экранов, очень «мягкая» рентгенограмма легких, чрезмерная компрессия желудка или толстой кишки, содержимое в их просвете могут имитировать опухоль там, где ее в действительности нет. В некоторых случаях недостаточно опытный рентгенолог принимает за опухоль один из вариантов анатомического строения (каскадный, корсетный желудок и т. д.) или необычное топографическое взаимоотношение органов. Например, при смещении селезенки вниз она может обусловить вдавление на большой кривизне желудка, имитируя опухолевый процесс. Как пишет С. А. Рейнберг (1955), шероховатость на латеральной поверхности верхней трети плечевой кости в области прикрепления дельтовидной мышцы сравнительно часто расценивают как периостальную саркому, а тень главного бронха, содержащего воздух, накладывающаяся на тело грудного позвонка, может быть ошибочно истолкована как очаг деструкции опухолевой природы.

Определенная часть ошибок такого рода возникает из-за недостаточной осведомленности врачей о рентгеноанатомических особенностях скелета, к которым относятся и различные варианты нормальной рентгеноанатомии. В качестве примера можно назвать нормальные варианты формы ребра в виде четкообразного расширения его части, которые при недостаточном опыте принимают за опухолевое вздутие ребра. Иногда нечеткость контура нижнего края ребра интерпретируют как деструкцию злокачественной природы. Таким образом, эта группа ошибок обычно является следствием недостаточной квалификации врачей-рентгенологов

Ошибки в рентгенодиагностике опухолей, связанные с переоценкой данных, полученных с помощью других методов, могут быть допущены на любом этапе рентгенологического исследования. Чаще всего они возникают в трудных для дифференциальной диагностики ситуациях, когда необходим всесто-

ронний объективный анализ результатов комплексной диагностики.

В некоторых случаях результаты эндоскопии, и особенно прицельной биопсии, свидетельствующие об отсутствии опухоли, чисто психологически демобилизуют рентгенолога, притупляя его внимание. При этом часто забывают, что данные методы не всегда позволяют обнаружить опухоль. Например, при преимущественно подслизистой форме роста новообразований или резко выраженном сужении просвета полых органов (трахеи, бронхов, пищевода, толстой кишки и т. д.) их диагностические возможности ограничены. Однако рентгенолог, находясь под влиянием ложноотрицательной информации, полученной с помощью других методов, старается квалифицировать выявленные им изменения как признаки доброкачественного процесса. В то же время ложноотрицательные данные о наличии опухоли часто довлеют над рентгенологом, который не решается отстаивать свое мнение даже в тех случаях, когда рентгенологические признаки не вызывают сомнений в наличии рака. Совершенно ясно, что такого рода ошибки никоим образом не могут быть оправданы.

Вместе с тем игнорирование данных, полученных с помощью других методов исследования, при рентгенодиагностике злокачественных опухолей так же вредно, как и их переоценка. В первую очередь пренебрежение этими данными отрицательно сказывается на выборе эффективной тактики и методики рентгенологического исследования, что в свою очередь может привести к диагностической ошибке.

Давно известно, что плохое знание клинической картины заболевания у конкретного больного является источником рентгенологических ошибок [Рейнберг С. А., 1955]. Особенно важно знать клинику заболевания и данные, полученные с помощью других методов диагностики, при окончательном формулировании заключения. Это один из главных факторов предупреждения большого количества рентгенологических ошибок. Фактически результатом каждого рентгенологического исследования должно быть клинико-рентгенологическое заключение, являющееся логическим завершением анализа и синтеза всей имеющейся на данный момент диагностической информации о больном.

Действительно, указание на перенесенную в прошлом операцию по поводу злокачественной опухоли в большинстве случаев позволяет правильно определить природу множественных очаговых поражений в легких или очагов деструкции в костях. Знание результатов эндоскопии с прицельной биопсией значительно облегчает трактовку минимальных опухолевых изменений в пищеводе, желудке и толстой кишке, выявленных рентгенологически.

Что касается гипо- и гипердиагностики злокачественных опухолей, то их причиной приблизительно с одинаковой часто-

той могут быть факторы как объективного, так и субъективного характера. Правда, гиподиагностика значительно чаще связана с ограниченными разрешающими возможностями метода, отсутствием соответствующей аппаратуры и применением неправильной методики исследования. Гипердиагностика злокачественных опухолей обычно обусловлена объективными трудностями дифференциальной рентгенодиагностики опухолевых и рубцово-воспалительных патологических изменений, переоценкой данных, полученных с помощью других методов исследования, и неверной трактовкой рентгенологических симптомов.

Ошибки в рентгенодиагностике злокачественных опухолей могут возникнуть на любом этапе обследования больных, начиная с районной поликлиники и кончая крупными специализированными онкологическими учреждениями. Однако количество и характер этих ошибок зависит от профиля лечебных учреждений, уровня оснащения их рентгеновской аппаратурой и квалификации работающих там врачей-рентгенологов.

Поликлиника — главное лечебное учреждение, в котором осуществляется первичная диагностика злокачественных опухолей и где, к сожалению, допускается больше всего рентгенодиагностических ошибок как объективного, так и субъективного характера. Объективные причины ошибок на этом этапе заключаются в том, что в некоторых случаях рентгенологическое исследование проводят больным с начальными стадиями развития злокачественных опухолей, которые своевременно не выявляют из-за ограниченных разрешающих возможностей метода. К тому же многие рентгеновские кабинеты поликлиник неудовлетворительно оснащены необходимой аппаратурой. Субъективные причины ошибок рентгенодиагностики состоят в том, что врачи-рентгенологи общего профиля не всегда владеют современными эффективными методиками рентгенодиагностики опухолей, а также в отсутствии у них онкологической настороженности. Так, например, более половины больных раком легкого в УССР обследуют в поликлинике неполноценно: томограммы производят у 49%, рентгенограммы в двух проекциях — у 87%, их неудовлетворительное качество отмечено у 28% больных [Бабий Я. С. и др., 1985].

По данным Л. М. Портного и соавт. (1986), 31,6% больных центральным раком легкого в поликлинике произведена только рентгеноскопия. Томография выполнена лишь 5,4% больных, причем, как правило, методически неправильно; 39,5% больных с этим заболеванием при профилактических осмотрах произведена только одна прямая флюорограмма на вдохе.

В поликлинике чаще отмечается гиподиагностика опухолей (66,4% случаев рака легкого), чем их гипердиагностика [Ловягин Е. В., Рохлин Г Д., 1985]. Это неблагоприятный фактор для онкологических больных, отрицательно влияющих на результаты лечения и прогноз заболевания. Гипердиагностика

опухолей на данном этапе обследования менее опасна, так как в последующем может быть исправлена при дообследовании в специализированном онкологическом учреждении. Так, за 16 лет в МНИОИ им. П. А. Герцена с ошибочным диагнозом «саркома длинных трубчатых костей» были направлены 62 больных. При рентгенологическом исследовании в институте у всех обнаружен остеомиелит [Свиридов С. А. и др., 1970].

Изучение анамнеза больных со злокачественными опухолями лицевого черепа, направленных на консультацию в МНИОИ им. П. А. Герцена, показывает, что до поступления в онкологическое учреждение почти все подвергались рентгенологическому исследованию в поликлинике. Однако в большинстве случаев была применена неправильная методика исследования, основным недостатком которой было недостаточное количество произведенных рентгенограмм.

При попытках сделать рентгенологическое исследование более информативным, дополнительные рентгенограммы производят в неправильных проекциях, поэтому они оказываются практически бесполезными, например обзорные снимки черепа. Как правило, в поликлиниках производят обзорную рентгенограмму околоносовых пазух. При воспалительном поражении такая рентгенограмма соответствует своему назначению, так как позволяет определить степень воздухоносности пазухи. При подозрении на опухоль выявление затемнения пазухи является только первым этапом рентгенодиагностики, определяющим направление дальнейшего глубокого и развернутого рентгенологического исследования. При этом необходимо использовать прицельные рентгенограммы лицевого черепа, томографию, стереорентгенографию и т. д. К сожалению, такие методические приемы рентгенологического исследования при опухолевых поражениях ЛОР-органов, как правило, в поликлиниках не применяют.

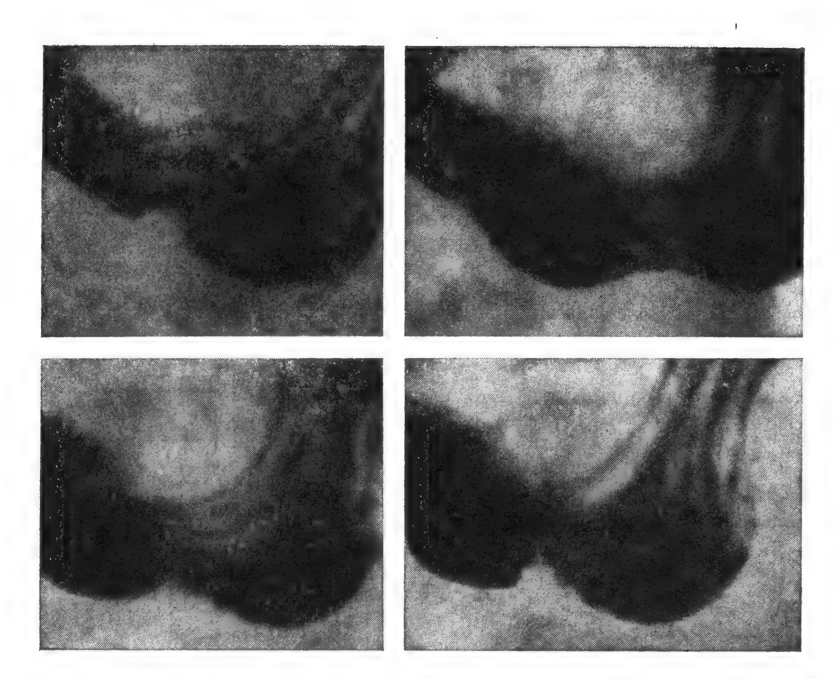
В ряде случаев при подозрении на опухоль допускают другую очень существенную ошибку. Например, при подозрении на опухоль верхней челюсти производят большое количество рентгенограмм, одинаковое для всех больных. Это недопустимо потому, что, во-первых, слишком велика лучевая нагрузка на больного — выше предельно допустимой дозы; во-вторых, излишнее количество рентгенограмм не увеличивает информацию; в-третьих, в этих случаях экономические затраты неадекватны получаемым результатам. При исследовании гортани, как правило, ограничиваются производством прямых томограмм и не выполняют боковой снимок, который совершенно необходим для того, чтобы получить представление о состоянии надгортанника, преднадгортанного пространства, хрящей глотки, мягких тканей задней стенки ротогортаноглотки и т. д. Частота диагностических ошибок и неправильного лечения после первичного обращения к врачу поликлиники больных со злокачественными опухолями верхней челюсти и полости носа

составляет от 30 до 67,9% [Пачес А. И., 1971; Финкельштерн М. Р. и др., 1980].

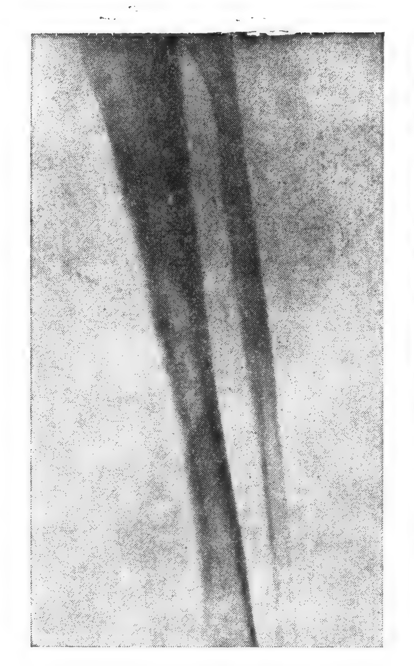
В стационары общего профиля онкологические больные чаще всего поступают с ошибочным диагнозом доброкачественного заболевания или направляются на обследование для уточнения диагноза. В таких учреждениях ошибки в рентгенодиагностике злокачественных опухолей обычно имеют субъективные причины и обусловлены неверной интерпретацией рентгенологических данных, невнимательным анализом рентгенограмм или неправильной методикой исследования. В большинстве случаев в основе этих ошибок лежит недостаточная онкологическая настороженность или незнание особенностей рентгенологического обследования онкологических больных.

Несмотря на все возрастающее количество специализированных онкологических отделений опухолей головы и шеи, большинство больных с опухолями данной локализации первично обследуются в поликлиниках у оториноларингологов. Лечение этих больных проводят в ЛОР-стационарах. Распознавание этих опухолей с помощью наиболее современного и информативного метода — рентгенологического — еще несовершенно. Разумеется, в специализированных учреждениях обычно проводят полноценное и высокоинформативное рентгенологическое обследование больных, но к этому подготовлены только немногие врачи-рентгенологи. Не все рентгенологи стационаров общего профиля хорошо знают нормальную рентгеноанатомию и семиотику лицевого черепа при специальных укладках, а следовательно, и рентгенодиагностику, дифференциальную диагностику и адекватную для каждого конкретного случая методику обследования больного. Мнение, что полноценное рентгенологическое исследование с целью выявления опухолей верхних дыхательных путей может быть успешно выполнено каждым рентгенологом, не соответствует действительности. Такая точка зрения мешает своевременной диагностике опухолей ЛОР-органов.

В то же время ошибки в рентгенодиагностике при обследовании больных в стационарах общего профиля могут быть обусловлены и объективными причинами — трудностями дифференциальной диагностики злокачественных опухолей или пределами разрешающих возможностей метода. Это в первую очередь относится к распознаванию озлокачествления хронических язв желудка или полипов желудка и кишечника, периферического рака легкого, пульмонита, обусловленного центральным раком. Ошибки такого рода чаще всего допускают при хронических, длительно протекающих процессах у больных, которых неоднократно обследуют на протяжении нескольких месяцев или даже лет не только рентгенологически, но и с помощью других методов. В этих случаях рентгенолог может допустить ошибку, переоценив результаты проведенных ранее эндоскопических и морфологических исследований.



3.1. Эндофитный рак антрального отдела желудка. С трудом определяются нечеткие контуры и деструкция складок слизистой оболочки. Рентгенограммы в прямой проекции.





3.2. Остеогенная саркома средней трети правой большеберцовой кости. Периостальный «козырек» и игольчатые разрастания не определяются. Рентгенограмма в прямой проекции.

3.3. Выраженная мастопатия, препятствующая выявлению рака. Маммограмма в боковой проекции.

3.4. Изменения бронхиального сегмента пищевода, обусловленные очагово-инфильтративной формой рака, имитируют рубцовую деформацию. Рентгенограммы в косой проекции.

3.5. Первично-язвенная форма рака большой кривизны тела желудка, имитирующая доброкачественную язву. Рентгенограммы в прямой проекции.



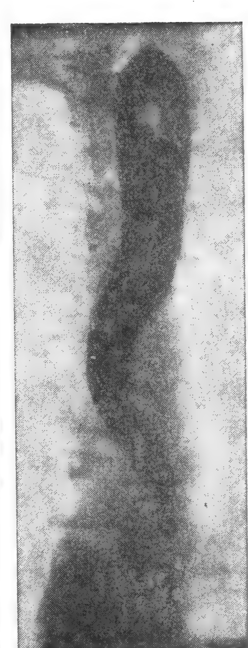


3.6. Мелкие полипы, которые плохо видны на рельефе слизистой оболочки сигмовидной ободочной кишки (а), отчетливо определяются при двойном контрастировании (б). Рентгенограммы в прямой проекции.

3.7. Эндофитный рак антрального отдела желудка с изъязвлением. Рентгенограммы в прямой проекции.

3.8. Смещение пищевода увеличенными бифуркационными лимфатическими узлами. Рентгенограммы в прямой проекции.





3.9. Тень узлового образования в нижнем внутреннем квадранте правой молочной железы. Маммограмма в боковой проекции.

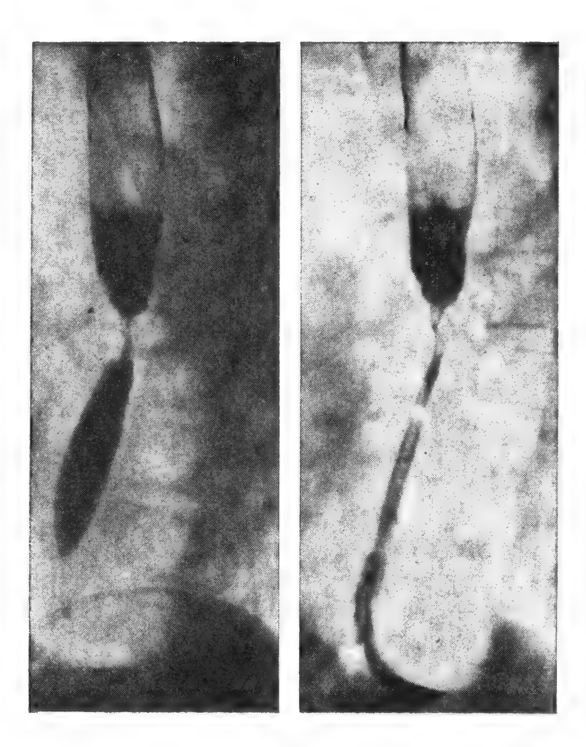
3.10. Экзофитное бугристое образование у наружной стенки кисты — цистокарцинома. Пневмокистограмма той же больной.



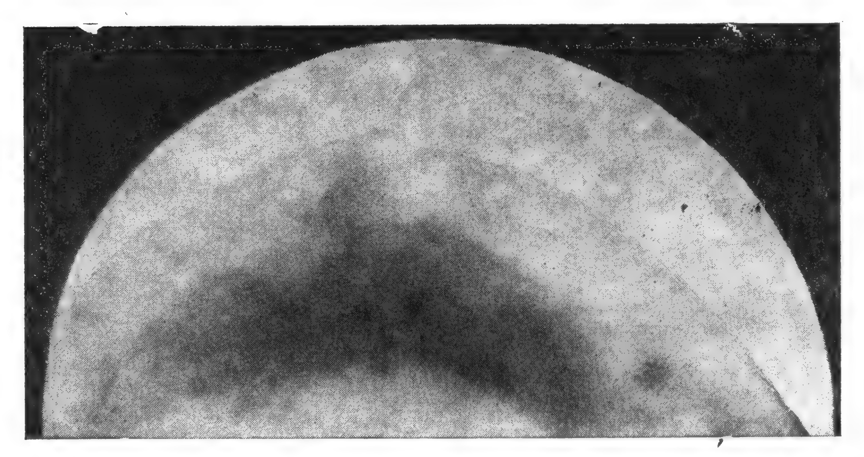
3.9



3.10



3.11. Подрытость границ опухолевой стриктуры пищевода. Рентгенограммы в косой проекции.



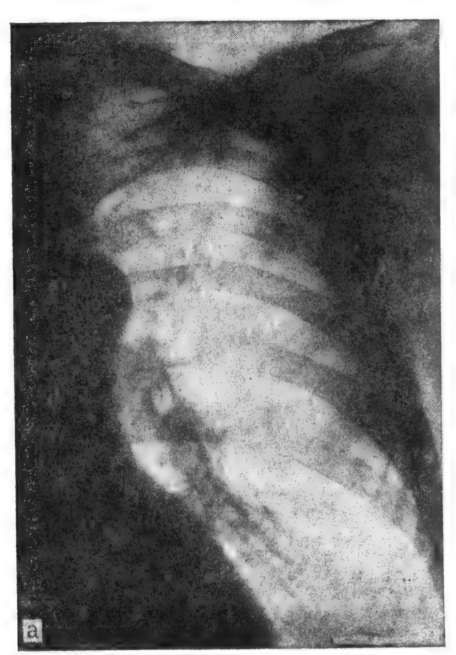
3.12. Микрокальцинаты при клинически непальпируемом раке молочной железы. Маммограмма в прямой проекции.

3.13. Первично-множественный рак тела желудка, ошибочно принятый за доброкачественную язву из-за недооценки ригидности вала, окружающего изъязвление. Рентгенограмма в прямой проекции.



3.14. Центральный рак левого легкого.

а — рентгенограмма в прямой проекции: сегментарное сгущение сосудистого рисунка верхней доли левого легкого; б — томограмма в прямой проекции: верхнедолевой бронх левого легкого резко сужен, с нечеткими контурами.







3.15. Каллезная пенетрирующая язва тела желудка, ошибочно принятая за блюдцеобразный рак из-за ригидности и нечеткости контуров окружающего ее вала. Рентгенограмма в прямой проекции.

3.16. Гамартома с бугристыми контурами верхней доли правого легкого, имитирующая злокачественную опухоль. Томограмма в прямой проекции.

3.17. Участок доброкачественного остеосклероза верхней трети бедренной кости, ошибочно принятый за остеогенную саркому. Рентгенограмма в прямой проекции.



3.16



3.17



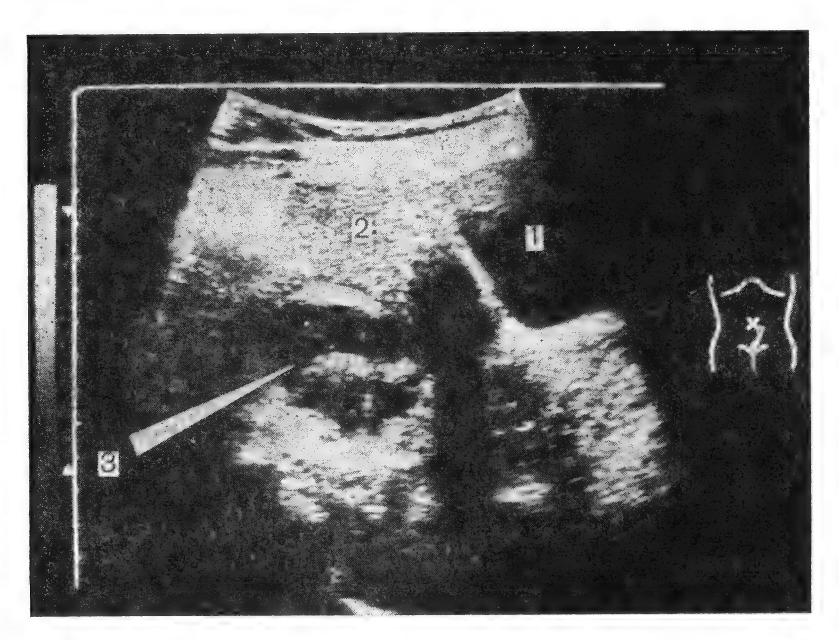
3.18. Первично-множественный рак прямой и сигмовидной ободочной кишки. Рентгенограмма в прямой проекции.



3.19. Болезнь Менетрие. В верхней трети большой кривизны тела желудка большое внутриполостное образование, имитирующее опухоль, с каллезной язвой. Рентгенограмма в прямой проекции.

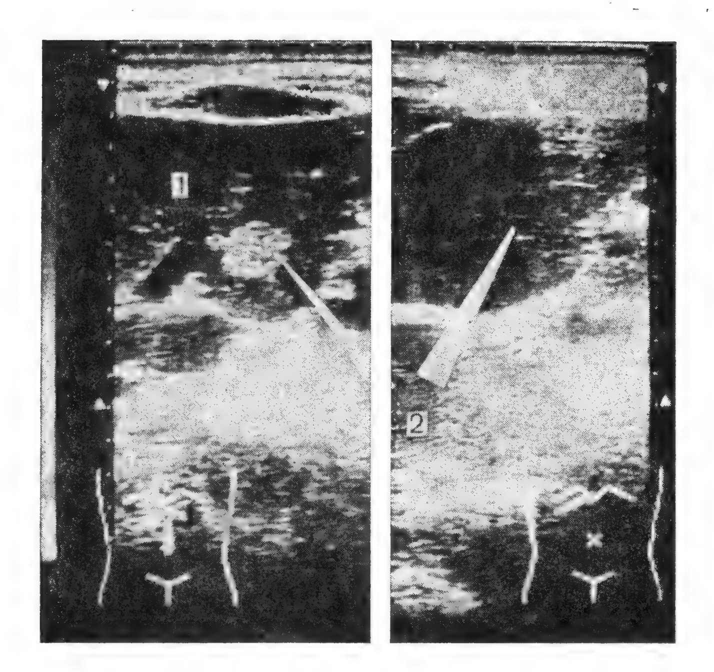


3.20. Большое депо бариевой взвеси овальной формы на рельефе слизистой оболочки верхней трети тела желудка, ошибочно принятое за рак. Рентгенограмма в прямой проекции.



3.21. Опухоль левого яичника с признаками малигнизации. В нижнем полюсе образования на фоне кистозной эхоструктуры видны массивные включения гетерогенной солидной структуры. Эхограмма (продольное сканирование).

1 — мочевой пузырь; 2 — матка; 3 — левый яичник.

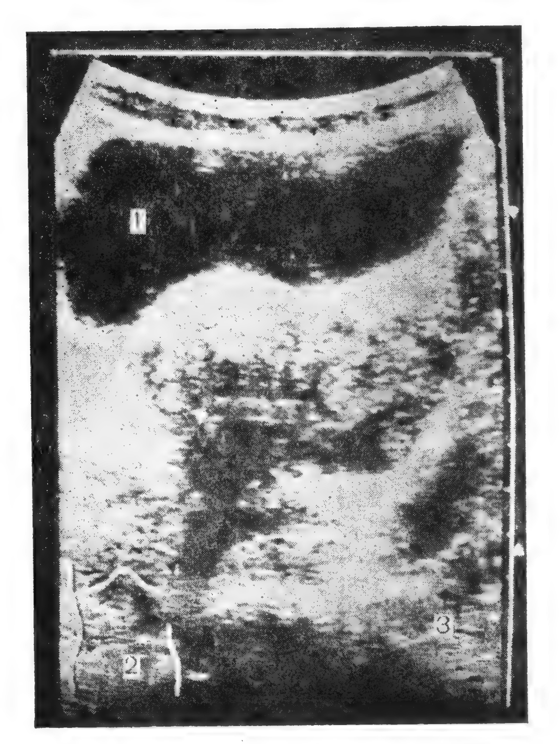


3.22. Объемные образования с достаточно четкими, но неровными контурами, гетерогенной солидной эхоструктуры — гемангиомы печени, ошибочно принятые за метастатические очаги в печени. Эхограммы больного X. после лечения по поводу рака прямой кишки.

1 — печень; 2 — объемные образования.

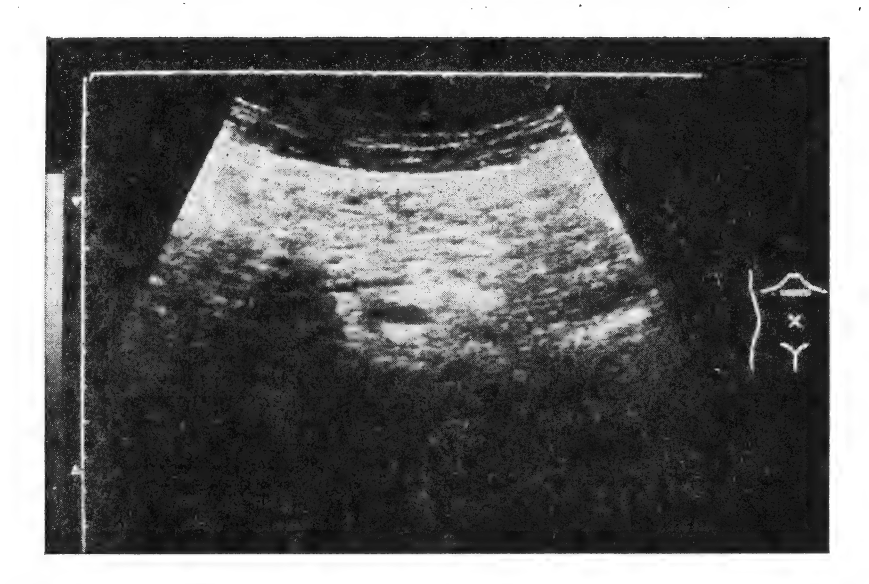
3.23. Опухоль размером 11,9×7 см грушевидной формы с утолщенными до 1,2 см стенками с перегородкой. Содержимое верхней и нижней камер кистозное. Матка не визуализируется. Ошибочно диагностирован порок развития матки с образованием гематометры вместо правостороннего пиоовара. Эхограмма (продольное сканирование).

1 — мочевой пузырь; 2 — опухоль.



3.24. Солидная опухоль левого яичника (метастаз Крукенберга) размером 3,4× ×2,6 см, интимно прилегающая к левому ребру матки, эхоструктура которой идентична эхоструктуре миометрия. Эхограмма (поперечное сканирование) больной раком желудка после лечения.

1 — мочевой пузырь; 2 — тело матки; 3 — опухоль.

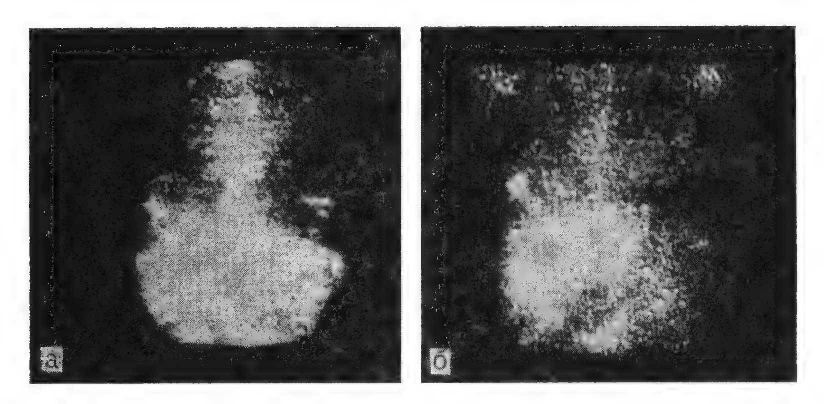


3.25. Эхограмма (поперечное сканирование в эпигастральной области в положении больного на спине). Рак пищевода: поджелудочная железа не визуализируется.



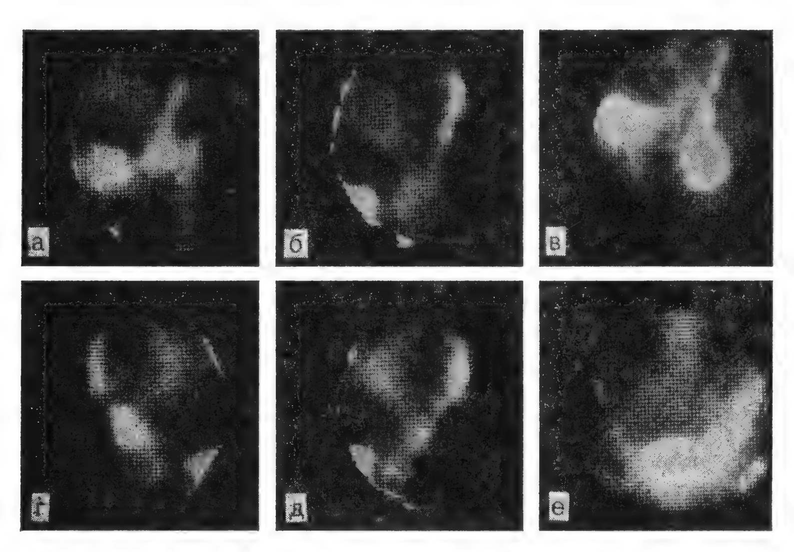
3.26. Эхограмма (продольное сканирование в положении на левом боку). Опухолево-измененные лимфатические узлы в области желудочно-поджелудочной связки.

1 — печень; 2 — измененные лимфатические узлы.



3.27. Рак правой молочной железы. Сцинтиграммы с ^{57}Ga больной С.

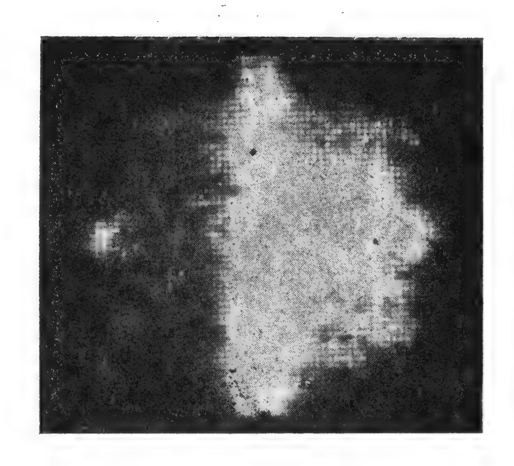
а — в предменструальном периоде определяется гиперфиксация препарата в обеих молочных желез; б — на 8-й день менструального цикла — в правой молочной железе соответственно локализации опухоли.



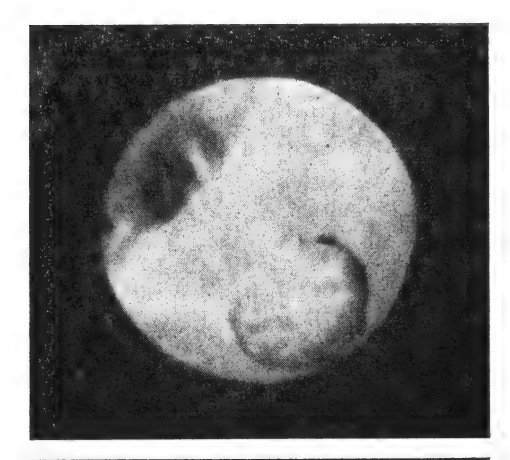
3.28. Патологические изменения (очаги гиперфиксации ^{99m}Tc-пирофосфата) при различных заболеваниях скелета. Сцинтиграммы.

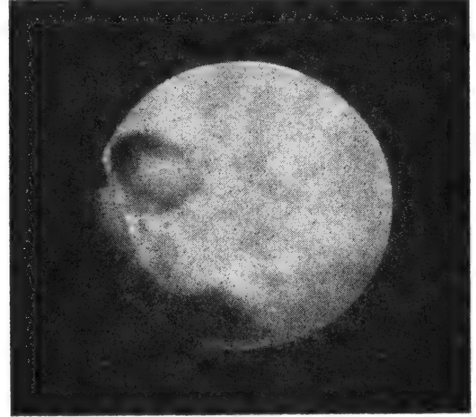
а — туберкулезный коксит; б — хронический остеомиелит; в — остеогенная саркома; г — болезнь Бехтерева; д — метастатическое поражение костей таза; е — саркома мягких тканей с прорастанием в кости таза.

3.29. Центральный рак левого легкого. Тотальный левосторонний плеврит. Массивный очаг гиперфиксации ^{99m}Tc-дифосфата в левой половине грудной клетки. Сцинтиграмма больного К.

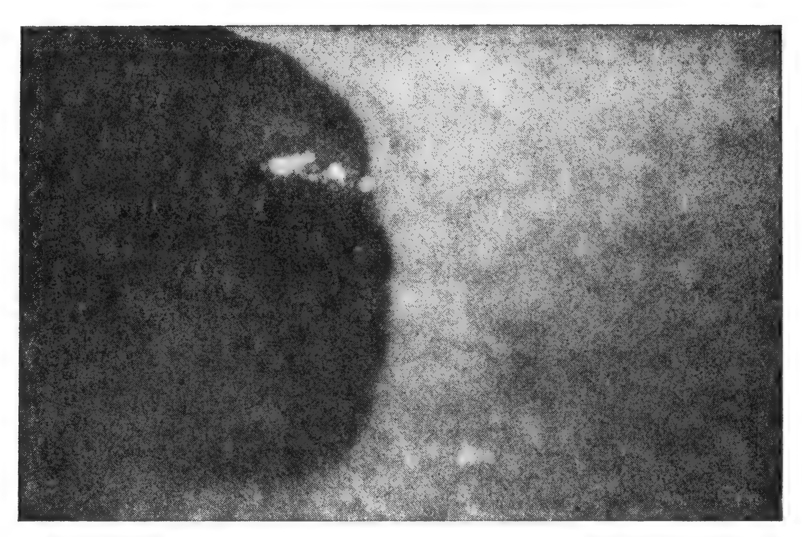


4.1. Центральный рак VII сегмента правого легкого (плоскоклеточный рак, полиповидная форма). Эндофотограмма.

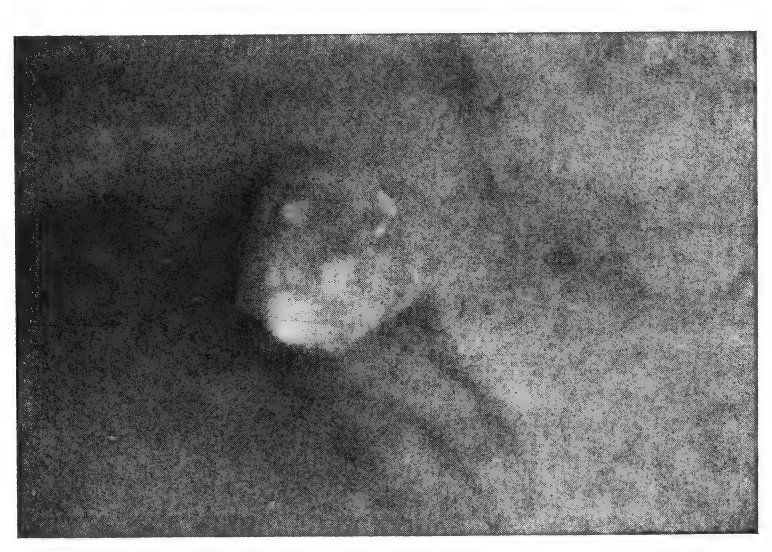




4.2. Центральный рак межсегментарной шпоры I—II сегментов левого легкого (микроинвазивный плоскоклеточный рак, поверхностно-инфильтративная форма). Эндофотограмма.



4.3. Поверхностный рак задней стенки нижней трети желудка. Эндофотограмма.



4.4. Рак в ткани полипа задней стенки субкардиального отдела желудка. Эндофотограмма.

С нашей точки зрения, для того чтобы предотвратить ошибки в рентгенодиагностике злокачественных опухолей, целесообразно руководствоваться следующим принципиальным методическим положением: при обследовании каждого больного рентгенолог должен рассматривать его как возможно имеющего онкологическую патологию и выбирать для исследования соответствующие методики. При анализе рентгенологической картины изменений необходимо в первую очередь подтвердить или исключить наличие опухоли.

В специализированном онкологическом стационаре ошибки рентгенодиагностики злокачественных опухолей встречаются наиболее редко. Это объясняется тем, что в такое учреждение поступают больные, у которых на предыдущих этапах обследования уже установлен диагноз опухоли или она заподозрена. В связи с этим основная задача обследования в онкологическом учреждении — подтвердить или отвергнуть этот диагноз, уточнить степень распространенности, форму роста злокачественной опухоли и т. д. Тем самым конкретизируются задачи рентгенологического исследования.

В подавляющем большинстве случаев ошибки в рентгенодиагностике в онкологических учреждениях связаны с пределами разрешающих возможностей метода, трудностями дифференциальной рентгенодиагностики или особенностями течения опухолевого процесса (рис. 3.19, 3.20)

Особую группу составляют ошибки, возникающие при уточняющей диагностике злокачественных опухолей. Вследствие ограниченных разрешающих возможностей рентгенологического метода не всегда удается с его помощью распознать метастатическое поражение паракардиальных, парааортальных и некоторых групп внутригрудных лимфатических узлов, даже при использовании лимфографии. В случае применения методик двойного и тройного контрастирования желудка, а также брюшной ангиографии часто не диагностируется прорастание рака в окружающие его анатомические структуры. При использовании традиционной стандартной методики полипозиционного исследования верхних отделов желудочно-кишечного тракта правильно распознать прорастание рака проксимального отдела желудка в забрюшинное пространство удается только в 57% случаев [Липкович В. С., 1987]. Интересно отметить, что при проведении у этих больных исследования желудка в условиях тройного контрастирования не установлено существенных преимуществ этой методики в диагностике местно-распространенного рака.

Аксиллография позволяет выявить метастазы рака молочной железы в подмышечных лимфатических узлах только в 47% случаях [Баженова А. П. и др., 1983]. Принципиально новые возможности более точной диагностики степени распространенности злокачественных опухолей появились после внедрения в практику компьютерной томографии.

Ошибки, чаще всего приводящие к занижению степени распространенности опухолевого процесса, возникают обычно вследствие применения неправильной методики и тактики рентгенологического исследования. Это происходит прежде всего в тех случаях, когда для уточняющей диагностики опухоли применяют не самые эффективные методики либо их используют не по показаниям или в отсутствие соответствующих технических условий. Неверно выбранная тактика рентгенологического исследования может привести к тому, что используется не весь арсенал методик уточняющей рентгенодиагностики опухолей, а при неправильной последовательности применения этих методик снижается их эффективность.

Таким образом, ошибки в рентгенодиагностике злокачественных опухолей, обусловленные объективными причинами, главным образом ограниченными разрешающими возможностями метода, в общем зависят от оснащенности лечебного учреждения, где обследуют онкологических больных. В определенной степени эти ошибки нивелируются при наличии более совершенной аппаратуры и высокой квалификации врачей-рентгенологов. Субъективные причины ошибок в рентгенодиагностике связаны в основном с уровнем профессиональной подготовки врачей-рентгенологов независимо от статуса лечебного учреждения, в котором они работают.

3.2. ОШИБКИ В УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКЕ

Ультразвуковые методы исследования заняли одно из ведущих мест в современной клинической медицине. Этому способствовал ряд факторов, прежде всего достоверность получаемых результатов, неинвазивность, доступность, безопасность, возможность неоднократного повторения и относительная простота исследования. Все возрастающий интерес клиницистов к ультразвуковым методам связан с постоянным усовершенствованием аппаратуры для исследований, что позволяет углублять и расширять их методический уровень. В последние годы значительно возросла разрешающая способность ультразвуковой диагностики, что позволило широко применить этот метод в акушерстве и гинекологии, кардиологии, неврологии и нейрохирургии, офтальмологии и сосудистой хирургии.

Трудно переоценить значение ультразвуковой томографии в онкологической клинике. В настоящее время, пожалуй, нет другого объективного визуального метода, который применяли бы настолько широко не только с диагностической целью, но и при решении вопроса об объеме оперативного вмешательства, планировании самостоятельной лучевой терапии, контроле за эффективностью химиотерапии и лучевого лечения, динамическом наблюдении за больными после хирургического или комбинированного лечения с целью доклинического выявления рецидива заболевания.

В онкологии основными являются эхографические признаки, указывающие на злокачественный характер процесса, прорастание опухоли в соседние органы и ткани, вторичные изменения в печени или зонах регионарного метастазирования, второстепенными — признаки, характерные для спаечного процесса или сопутствующих заболеваний, не угрожающих жизни больного.

Однако, несмотря на высокую разрешающую способность метода, частота ошибок при установлении топического диагноза у больных с новообразованиями в брюшной полости и малом тазе, а также при определении характера процесса, по данным многих авторов, составляет от 10 до 35%. Поиск путей предупреждения ошибок, возникающих при ультразвуковых исследованиях у онкологических больных, требует углубленного изучения причин их возникновения. По нашему мнению, среди причин врачебных диагностических ошибок с известной степенью условности можно выделить те, которые связаны с технической оснащенностью, подготовкой больных к обследованию и непосредственным процессом ультразвукового исследования.

В связи с увеличением объема ультразвуковых исследований повышаются требования к качеству этого вида диагностики. Вследствие этого важное значение приобретает оценка уровня технической оснащенности и предела возможностей метода с анализом причин ошибок, которые оказывают существенное влияние на результаты лечения.

К сожалению, наша промышленность не может обеспечить клиники современными ультразвуковыми аппаратами. Отечественные сканеры с бистабильными (имеющими только две градации серости) запоминающими трубками не позволяют определить относительную плотность и однородность внутренней структуры органов или патологических образований. Современные зарубежные аппараты имеют от 32 до 64 градаций серости, работают в режиме реального масштаба времени и снабжены разночастотными преобразователями — от 3,75 до 10 МГц. Естественно, что использование в диагностике подобной сканирующей техники позволяет более объективно оценить состояние исследуемых органов и выявить очаги патологических изменений минимальных размеров. По-видимому, низкий уровень технической оснащенности не может быть признан основной причиной ошибок, однако ее нужно принимать во внимание.

Ошибки, связанные с пределом разрешающих возможностей метода, составляют значительный процент от общего числа неправильных ультразвуковых заключений как при первичной, так и при уточняющей диагностике, и ни один врач не гарантирован от них. Мы полагаем, что ошибки такого рода следует разделить на три группы: 1) зависящие от акустической плотности опухолевого образования; 2) от локализации и размера патологического очага; 3) от состояния окружающих тканей.

В качестве примера ошибок первой группы можно привести случаи, когда большие опухоли, занимающие всю полость матки, не визуализировались при исследовании, а при изучении эхограмм структура матки была гомогенной. Вследствие отсутствия отека и преобладания стромального компонента в злокачественных опухолях эндометрия их акустическая плотность была идентична акустической плотности миометрия. Подобные ситуации возможны и при метастатическом поражении либо первичном раке печени.

Ко второй группе причин следует отнести локализацию небольших (до 1 см в диаметре) метастатических образований по поверхности печени или петлям кишечника. В таких случаях лишь при наличии в брюшной полости большого количества асцитической жидкости создаются акустические условия для выявления диссеминации по брюшине. Практически невозможно диагностировать небольшие опухоли хвоста поджелудонной железы, забрюшинные опухоли, локализующиеся в ректосигмоидном отделе толстой кишки, или метастатические лимфатические узлы в обтураторных зонах. «Эхо» от наполненного газами кишечника, как бы хорошо он не был подготовлен, мешают визуализации патологических очагов указанных выше локализаций.

В третью группу входят ошибки, связанные со спаечным процессом в брюшной полости. Выраженный спаечный процесс, окружающий новообразование, может привести как к частичной диагностической ошибке (не установлены размеры опухоли, не выявлено поражение второго яичника), так и к диагностической ошибке — ложноотрицательный ответ о наличии в брюшной полости опухолевого образования.

Несоблюдение методики подготовки больных к исследованию является одной из частых причин установления ошибочного диагноза при эхографии. В большинстве лечебных учреждений не предусмотрено проведение специальной подготовки кишечника перед исследованием брюшной полости. Однако наш опыт показывает, что при ультразвуковом исследовании органов брюшной полости и малого таза обязательно полное активное опорожнение кишечника, так как при избыточном количестве газа и каловых масс значительно изменяется эхографическая картина, что может привести к ошибочной интерпретации полученных данных. Такая подготовка кишечника особенно необходима у больных с сопутствующими заболеваниями кишечника (спастические колиты, долихосигма и др.), при спаечном процессе после хронических воспалительных заболеваний, хронической язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки или оперативных вмешательств.

Обязательным условием исследования малого таза является наполненный мочевой пузырь, создающий не только своеобразное акустическое «окно», но и механически отодвигающий наполненные газом петли кишечника вверх. Большинство ис-

следователей считают, что для объективной оценки состояния женских внутренних половых органов достаточно, чтобы наполненный мочевой пузырь был на уровне дна матки. Мы отметили, что максимальную информацию о состоянии матки, придатков и окружающих тканей можно получить при скоплении в мочевом пузыре от 500 до 800 мл мочи. Такой объем можно обеспечить при пассивном его наполнении лишь в том случае, если больные выпивают за 2 ч до исследования не менее 1000 мл жидкости. Исследование малого таза при ненаполненном мочевом пузыре недопустимо!

Таким образом, пренебрежение специальной подготовкой больных к ультразвуковому сканированию может привести к установлению либо ошибочного диагноза (выявление в брюшной полости опухоли, за которую принимают скопления каловых масс в неочищенном кишечнике), либо частично ошибочного (из-за плохого наполнения мочевого пузыря не обнаруживают опухоль второго яичника). В связи с этим врач-исследователь должен проявить определенное профессиональное мужество, отказываясь от срочного обследования больного без специальной подготовки, и объяснить слишком «настойчивому» лечащему врачу вредность подобной спешки.

В большинстве случаев в основе диагностических ошибок, связанных с нарушением последовательности в обследовании больного, лежит отсутствие опыта у врача, проводящего ультразвуковое исследование. Так, при исследовании малого таза прежде всего необходимо при продольном сканировании оценить состояние мочевого пузыря: его форму, толщину стенок, деформацию, гомогенность внутренней эхоструктуры. Затем нужно визуализировать матку или предстательную железу (при обследовании мужчин) и дать полное описание их размеров, формы, эхоструктуры, патологических образований. Следующим этапом должна быть оценка состояния области придатков матки: наличие опухолевидных образований, их контуры, структура, связь с окружающими тканями и органами, признаки спаечного процесса и степень их выраженности. Необходимо отметить наличие либо отсутствие свободной жидкости в брюшной полости или малом тазе.

При злокачественных опухолях яичников большое значение придают состоянию большого сальника. Его исследование осуществляют путем поперечного сканирования от лонного сочленения вверх. В случае отсутствия изображения большого сальника под передней брюшной стенкой (особенно на фоне асцита) в типичном месте врач должен продолжить перемещение датчика до эпигастральной области, где опухолево-измененный сальник может выявляться в виде плотного тяжа.

При осмотре брюшной полости необходимо исследовать печень и парааортальные лимфатические узлы в положении больного не только на спине, но и на боку. Нарушение методичности исследования печени может привести к тому, что не будут

выявлены метастатические узлы, расположенные в задних отделах правой доли.

Непоследовательность действий при проведении исследования, «метание» в поисках патологического образования, постоянное изменение положения больного не только создают неудобства для него, но и затрудняют интерпретацию эхографических картин.

В период подготовки больных к ультразвуковому исследованию часть ошибок в диагностике может быть связана с консультациями эхограмм, полученных при обследовании в других лечебных учреждениях. Это обусловлено тем, что «замороженное» изображение на поляроиде не дает полной картины происходящих изменений, которые выявляют при исследовании, так как ультразвуковое сканирование — динамичный метод.

В основе ошибочных заключений, связанных с процессом непосредственной ультразвуковой диагностики, лежат причины объективного и субъективного характера, которые приводят к установлению неполного, частично ошибочного или ошибочного диагноза. Применительно к ультразвуковой диагностике в онкологии неполным диагноз считают в том случае, если не распознаны осложнения опухолевого процесса и не выявлены сопутствующие заболевания. Частично ошибочный диагноз обусловлен отсутствием необходимой информации о распространении опухолевого процесса: степени специфической инфильтрации соседних органов и тканей, наличии метастатического поражения большого сальника, двустороннем вовлечении в процесс яичников, метастатически измененных подмышечных лимфатических узлов и имеют значение также ложноположительное заключение о злокачественном характере процесса (ибо всякое солидное включение на фоне кистозной эхоструктуры следует расценивать как подозрительное в плане малигнизации, пока не доказано обратное) и ошибочная оценка изменений, происходящих в опухоли под воздействием лекарственной или лучевой терапии.

Ошибочный диагноз связан с неправильным определением топической принадлежности опухоли (матка, придатки, кишечник), ложноотрицательным заключением об отдаленных метастазах при опухолях желудочно-кишечного тракта, легких, молочных желез, органов женских внутренних половых органов; ложноотрицательным или ложноположительным заключением о наличии опухоли в брюшной полости, забрюшинном пространстве, мягких тканях и т. д.

Нередко причиной ошибочных заключений при диагностике новообразований брюшной полости и малого таза является недостаточная осведомленность специалиста о тех патологических процессах, которые могут протекать в том или другом органе. Особенно это касается вопросов ультразвуковой диагностики онкогинекологических заболеваний. В связи с особенностями анатомического взаиморасположения органов малого та-

за и многообразием патологических процессов, протекающих в них, врач-исследователь должен хорошо знать симптоматику, а также диагностические и дифференциально-диагностические эхографические признаки каждого гинекологического заболевания (рис. 3.21). Так, например, нечеткость контуров объемного образования, наличие солидных включений в виде разрастаний на фоне «кистозной» эхоструктуры опухоли, утолщение перегородок между камерами и неровность их поверхности являются в совокупности эхографическими признаками, позволяющими заподозрить злокачественный характер изменений.

Отсутствие у врача знаний о путях метастазирования опухолей неизбежно приведет либо к поверхностному обследованию больных, либо к диагностической ошибке, так как в онкологической клинике данные о наличии либо отсутствии отдаленных метастазов или связи опухоли с соседними органами являются решающими при выработке плана лечения у каждого конкретного больного. Так, при метастазировании злокачественных опухолей по лимфогенным путям требуется тщательное исследование регионарных лимфатических узлов (на шее при раке щитовидной железы, подмышечных при раке молочной железы и т. д.). Гематогенный путь метастазирования предполагает тщательное исследование печени и почек.

Таким образом, врач, проводящий ультразвуковое исследование, должен обладать прочными знаниями в области клинической онкологии. Мы считаем, что честное признание своей некомпетентности в вопросах эхографической диагностики опухолей той или иной локализации не умалит достоинства врача, а лишь пойдет на пользу больному, так как заставит искать другие пути для установления правильного диагноза.

Диагностические ошибки, связанные с неоднородностью знаний, опыта, умения, специальной подготовкой врача, зависят прежде всего от стажа практической работы. Это признают большинство исследователей. Естественно, что врач, только начавший заниматься ультразвуковой диагностикой, имеет больше оснований ошибиться, чем опытный специалист. В качестве примера можно привести следующую ситуацию. В большинстве случаев гемангиомы печени, даже имеющие значительные размеры, протекают бессимптомно и выявляются лишь при ультразвуковом сканировании. Мы довольно часто сталкиваемся с подобными изменениями в печени у онкологических больных. Неопытный специалист, обнаружив в паренхиме органа объемные образования (одно или несколько), уверенно поставит диагноз метастатического поражения печени (рис. 3.22). Лишь с приобретением опыта исследователь обязательно обратит внимание на то, что данные образования имеют достаточно четкие контуры и гомогенную солидную эхоструктуру, у них отсутствует признак «хало» («траурная кайма») по периферии, при динамическом ультразвуковом контроле плотность и размеры образований не изменяются.

Врач, имеющий достаточный опыт работы, по эхоструктуре объемного образования в печени («кистозная» или гетерогенная солидная) может предположить локализацию первичного очага злокачественной опухоли. Например, при злокачественном поражении желудочно-кишечного тракта и яичников метастатические опухоли чаще имеют более солидную структуру; очаги «кистозной» эхоструктуры дают право заподозрить метастазы из молочных желез и легкого, а также ряд сарком, включая и злокачественные лимфомы.

Следовательно, необходимо постоянно совершенствовать свои знания в вопросах не только ультразвуковой диагностики, но и онкологии, использовать в работе опыт других клиник.

Трудности распознавания редко встречающихся заболеваний — причина ошибок, встречающаяся в онкологической клинике нечасто, но в некоторых случаях имеющая принципиальное значение, так как может направить дальнейшие диагностические поиски по неправильному пути. Так, например, визуализация в малом тазе опухолевидного образования с нечеткими размытыми контурами и большого количества асцитической жидкости в брюшной полости дает основание врачу-исследователю установить диагноз: рак яичников, асцит. Однако подобная эхографическая картина, хотя и очень редко, может наблюдаться при раке сигмовидной кишки IV стадии. Если специалист, помня об этом, проведет исследования более тщательно (обратит внимание на то, что образование визуализируется как бы с наложением «эхо» от кишечника) и целенаправленно выявит жалобы и анамнестические данные, то ошибочного заключения можно будет избежать.

Определенные трудности в диагностике возникают в случае расположения больших метастатических узлов с распадом в малом сальнике при локализации первичной опухоли в пищеводе или желудке. Вследствие интимного расположения пораженного сальника и левой доли печени создается впечатление о ее метастатическом поражении. Применение всех возможных диагностических приемов (исследование в положении на спине и на боку, использование максимального количества положений преобразователя в эпигастральной области, наполнение желудка водой) и всесторонний анализ полученных эхографических картин поможет установить правильный топический диагноз.

Процент ошибочных заключений при редко встречающихся заболеваниях невелик по отношению к их общему количеству, но подобные случаи представляют особый интерес для клинициста (рис. 3.23).

Сочетание злокачественной опухоли с длительно протекающими хроническими воспалительными процессами или доброкачественными объемными образованиями — довольно частое явление в онкологии. В одних случаях это влияет на первич-

ную диагностику, а в других затрудняет уточняющую диагностику, проводимую для определения степени распространенности процесса. Так, например, наиболее часто встречающейся диагностической ситуацией в онкогинекологической клинике является сочетание миомы матки с опухолью яичника. Дегенеративные изменения, возникающие в субсерозных миоматозных узлах, создают эхографическую картину злокачественных опухолей яичников: нечеткость контуров, связанная с сопутствующими воспалительными явлениями и спаечным процессом, гетерогенность внутренней структуры. Имеющаяся при этом киста яичника либо его кистозное изменение может быть расценено как злокачественный процесс в области придатков матки. Помочь разобраться в сложившейся ситуации могут некоторые приемы, как-то: применение разночастотных датчиков, изменение чувствительности прибора. Наиболее часто используют тест затухания эхосигналов от структур при снижении чувствительности прибора. Так, на эхограммах изображение заднего контура солидного образования (даже с выраженным отеком) исчезает раньше, чем у мочевого пузыря, а у кистозного — одновременно. Этот эффект связан с тем, что плотные образования поглощают больше ультразвуковых волн, чем жидкостные.

При увеличении чувствительности прибора дифференциальным тестом служит появление в солидных образованиях раньше, чем в кистозных, дополнительных эхосигналов (структура становится более «насыщенной»).

Большой процент ошибочных ультразвуковых заключений в онкологии приходится на диагностику опухолей Крукенберга у больных с сопутствующей миомой матки. Основные трудности связаны с тем, что эхоструктура солидных метастатических опухолей яичников и миоматозных узлов практически одинакова. В данной ситуации помощь окажет тщательный динамический ультразвуковой контроль за состоянием внутренних половых органов у женщин, леченных по поводу рака желудка (рис. 3.24).

Нередко в онкологической клинике встречается сочетание рака желудка или пищевода с хроническими язвами желудка или двенадцатиперстной кишки. При ультразвуковой диагностике состояния парааортальных лимфатических узлов частые ложноотрицательные заключения о их метастатическом поражении обусловлены спаечным процессом между петлями кишечника и большой кривизной желудка или луковицей двенадцатиперстной кишки. Находящиеся в кишечнике газы препятствуют визуализации зон желудочно-поджелудочной связки и чревного ствола, лимфатические узлы которых наиболее подвержены опухолевому поражению при указанной выше локализации рака. Тщательная подготовка кишечника (хорошие очистительные клизмы вечером накануне и утром в день исследования) значительно улучшает условия осмотра этих зон. Важ-

ным методологическим приемом является осмотр упомянутых выше зон в положении больного лежа на левом боку при продольном положении преобразователя. Такое положение тела способствует смещению петель кишечника, желудка и головки поджелудочной железы влево, в результате чего освобождаются и становятся доступными для визуализации важные в диагностическом отношении зоны (рис. 3.25, 3.26).

Таким образом, в одних ситуациях врач-исследователь может избежать ошибок, обусловленных сочетанием основного заболевания с сопутствующими, но в некоторых случаях ошибки можно объяснить существованием предела возможностей метода.

Наконец, еще одна причина ошибок, встречающихся при ультразвуковом исследовании, — недостаточное использование врачом диагностических приемов. Это объясняется либо халатным отношением врача к своим обязанностям, либо узостью его профессионального кругозора.

Примером может служить проведение ультразвукового исследования желудка для решения вопроса о прорастании опухоли, локализующейся в нижней или средней трети органа в поджелудочную железу или забрюшинное пространство без предварительного наполнения органа водой.

Выявляемое в нижних отделах брюшной полости опухолевидное образование с нечеткими контурами, неправильной формы, гетерогенной эхоструктуры может представлять собой спазмированную или наполненную водой петлю кишечника. Глубокая пальпация живота в этой зоне поможет избежать ложноположительного заключения о наличии объемного образования в брюшной полости.

Описанные в большинстве случаев ошибки в диагностике опухолевой патологии малого таза не случайны. Во-первых, в МНИОИ им. П. А. Герцена накоплен достаточный опыт применения ультразвукового сканирования в онкогинекологической клинике как при первичной, так и при уточняющей диагностике. Во-вторых, общепризнано, что наиболее трудна интерпретация результатов эхографии при патологических процессах во внутренних половых органах женщин и нисходящем отделе толстой кишки.

Следует отметить, что максимальная польза от изучения ошибок будет только в том случае, когда первым, самым придирчивым, самым строгим и настойчивым исследователем их будет сам врач, допустивший ошибку. Именно он может и должен путем обстоятельного анализа найти истинные причины ошибок, обнаружить подчас недоступные постороннему глазу нюансы и детали, задуматься над тем, как избежать таких ошибок в дальнейшем и как предостеречь от них коллег.

В заключение мы считаем целесообразным показать место ультразвукового сканирования в диагностическом процессе. Как безвредный и высокоинформативный метод эхография мо-

жет быть применена в качестве скрининга при массовых профилактических осмотрах тех органов, для исследования которых не требуется специальная подготовка (молочные и щитовидная железы). В поликлиниках и женских консультациях ультразвуковое сканирование становится одним из основных методов первичной диагностики патологических образований печени, почек, поджелудочной железы, малого таза, особенно у пациентов, входящих в группы повышенного риска. Поскольку данный метод неинвазивен, при подозрении на злокачественный процесс после тщательной подготовки в амбулаторных условиях можно применить его для проведения уточняющей диагностики.

Полная информация о степени распространенности злокачественного процесса, полученная практически при первичном обращении в поликлинику или женскую консультацию, позволит значительно уменьшить продолжительность дообследования или наметить его рациональную последовательность, что значительно ускорит начало адекватного лечения. По нашему мнению, лишь пункционную биопсию абдоминально или забрюшинно расположенного образования с диагностической либо лечебной целью следует производить в специализированном стационаре.

3.3. ОШИБКИ В РАДИОНУКЛИДНОЙ ДИАГНОСТИКЕ

Два последних десятилетия ознаменованы широким внедрением в клиническую практику радионуклидных методов исследования органов и систем организма человека. Прогресс связан прежде всего с совершенствованием и разработкой новых радиофармацевтических препаратов и аппаратуры, оснащенной современными ЭВМ, в связи с чем появилась возможность значительно увеличить объем и улучшить качество диагностической информации о морфологическом и функциональном состоянии того или иного органа на ранних стадиях заболевания, что позволяет своевременно определить лечебную тактику.

В настоящее время разработку и клиническое изучение различных групп радиофармацевтических препаратов (РФП) проводят с учетом требований, которые предъявляют к подобным диагностическим соединениям и методам, основанным на их использовании. К ним следует отнести высокую чувствительность метода, дифференциально-диагностическую информативность, приемлемую фармакокинетику РФП, оптимальные физико-химические характеристики нуклида с точки зрения его регистрации и лучевых нагрузок на органы и системы организма человека.

Уже на этапе создания РФП необходим всесторонний контроль качества в соответствии с перечисленными требованиями. Контроль качества не только РФП, но и всего диагностического комплекса обеспечивает максимальную информативность

радионуклидного исследования при минимальном риске для здоровья пациента и уменьшает вероятность ошибочной интерпретации получаемых данных. Это достигается путем определения качества работы используемой аппаратуры в условиях, максимально приближенных к клиническим. В настоящее время используется схема поэтапного эксплуатационного контроля гамма-камер, которая разработана в Научно-исследовательском институте медицинской радиологии и АМН СССР с учетом рекомендаций НЕМА, МЭК, МАГАТЭ и ВОЗ. Схема предусматривает ежедневный, еженедельный и полугодовой контроль, осуществляемый техническим персоналом.

Контроль качества применяемой аппаратуры, в частности гамма-камер, включает в себя довольно обширный диапазон специальных тестов. Упомянем лишь наиболее частые варианты технических отклонений, которые могут привести к ошибочным результатам, о которых должны помнить специалисты в области радиологической диагностики. Любые изменения технических характеристик (интегральная и дифференциальная неравномерности, масштаб и положение поля видения, чувствительность, настройка на фотопик и т. д.) приводят к неправильному распределению интенсивности и искажению получаемого изображения органа, изменению его формы, появлению дефектных участков повышенного или пониженного свечения на экране, что может быть интерпретировано как патологический очаг. В таких случаях необходимо принять соответствующие меры по настройке аппаратуры.

При непосредственном обследовании пациентов необходимо четко соблюдать и постоянно контролировать интервал от момента введения РФП до начала исследования, а также соблюдать правила регистрации данных, хранения и обработки их во время интерпретации [Володин В. М., Пятницкий В. М., 1988]. Одним из важных условий точной радионуклидной диагностики является высокая квалификация медицинского и технического персонала. Врач должен учитывать все клинические данные об обследуемых больных, в частности о перенесенных заболеваниях, травмах, ранее проведенном лечении и т. д. При интерпретации сцинтиграмм и сканограмм следует помнить о некоторых факторах, которые могут влиять на уровень накопления РФП в патологических очагах и приводить к ложноположительным или ложноотрицательным ошибкам. Особенно это касается случаев проведения радионуклидных исследований с «туморотропными» радиофармпрепаратами (ТРФП) после предшествовавшей лучевой терапии. При лучевом лечении радиочувствительной опухоли в очаговой дозе около 15 Гр поглощение ТРФП в значительной степени ингибируется. Определенные затруднения возникают при выявлении опухоли размером менее 2 см [Кротков Ф. Ф. и др., 1982; Kimming B., 1987]. В онкологической практике следует помнить о возможных ложноположительных результатах сцинтиграфии или ска-

нирования при использовании ТРФП, в частности ^{67}Ga-цитрата [Приходько А. Г. и др., 1988; Bihl H., Kimming B., 1987]. Это может быть связано с гиперфиксацией препарата в тканях при воспалительном процессе и в ткани молочной железы в отдельные периоды менструального цикла (рис. 3.27).

Знание фармакокинетики РФП также позволяет врачу ориентироваться в их биологическом распределении в организме человека в норме и при патологических изменениях. Так, следует учитывать, что распределение ^{67}Ga-цитрата в организме человека происходит в основном в мягких тканях и печени, а транзит его осуществляется через желудочно-кишечный тракт. Используемый в тех же случаях блеомицин, меченный ^{111}In, распределяется по-иному. По нашим данным, в печени его концентрация составляет не более 15% от введенной активности. Основное количество препарата находится в мягких тканях, а выведение происходит через мочевыделительную систему. Эти особенности фармакокинетики РФП и должны определять тактику врача при обследовании больного и анализе получаемой информации.

Помимо знаний физиологического распределения РФП в организме человека, необходимо иметь четкое представление об анатомо-физиологических особенностях исследуемых органов и систем в зависимости от возраста пациентов. В качестве иллюстрации значимости этого условия можно привести исследование больных с использованием «остеотропных» РПФ, в частности ^{99m}Tc-пирофосфата и ^{99m}Tc-дифосфоната. Хорошо известной особенностью их является способность накапливаться в повышенных количествах в костной ткани, в зонах роста у молодых пациентов и в зонах метаболической перестройки при самых различных заболеваниях опорно-двигательного аппарата. Кроме этих особенностей, при интерпретации результатов остеосцинтиграфии необходимо учитывать высокую чувствительность и низкую специфичность метода, что определяет широкие возможности раннего выявления патологических изменений в скелете, но без должной дифференциальной трактовки данных (рис. 3.28). В связи с этим в клинической практике часто встречаются ситуации, когда требуется подтверждение результатов радионуклидных исследований, направленных на уточнение характера выявленных изменений в скелете. При расшифровке данных, полученных с помощью «остеотропных» РФП, следует учитывать не только особенности их физиологического распределения, но и возможную внекостную гиперфиксацию, в частности обнаруживаемую при плевритах различной этиологии (рис. 3.29) [Fentiman J. et al., 1981], инфаркте миокарда [Шепелева И. И., Россельс А. Н., 1979; Степанова И. П., 1980], в ткани молочных желез [McDougall R., 1979], при саркоидозе [Paulose K. et al., 1975], в злокачественных опухолях головного мозга [Amici F., et al., 1975]. Необходимо отметить также, что при обследованиях больных с использованием

«остеотропных» РФП существует возможность накопления активности в печени и селезенке в случае образования коллоидных частиц при приготовлении препарата; в щитовидной и слюнных железах, желудке при наличии в препарате свободного технеция. При этом возникает необходимость оценивать качество элюата, получаемого из генератора технеция и препарата, приготавливаемого непосредственно перед введением его пациенту.

Одним из примеров затруднительной оценки тех или иных изменений является радионуклидное исследование печени. Наиболее распространенным методом радионуклидной диагностики поражений этого органа является негативная или позитивная сцинтиграфия. Для негативной сцинтиграфии используют меченые коллоидные РФП. До недавнего времени применяли коллоидные препараты ^{198}Au, в настоящее время целесообразно использовать коллоидные препараты ^{99m}Tc. При проведении исследования следует учитывать степень фиксации препарата в паренхиме, которая зависит от функционального состояния ретикулоэндотелиальной системы и особенностей кровоснабжения органа. С целью повышения информативности сцинтиграфии ее рекомендуется проводить в нескольких проекциях — передней, задней и боковой.

Обычно при оценке полученных результатов обращают внимание на размер, положение, форму печени и характер распределения препарата. При метастатическом поражении печени отмечается неравномерное распределение РФП с «холодными» очагами — зонами полного отсутствия радиоактивности. С помощью негативной сцинтиграфии, как правило, можно выявить очаги размером не менее 2 см в диаметре. Это объясняется тем, что печень — объемный орган и накопление РФП в здоровой ткани приводит к созданию излучения, маскирующего небольшую зону отсутствия радиоактивности, поэтому даже крупные очаги, расположенные в глубине ткани органа, могут быть не обнаружены. При поверхностном расположении определяются и более мелкие очаги — до 1,5 см.

Во избежание ошибок следует помнить, что негативная сцинтиграфия с использованием радиоактивных коллоидов не является исследованием, специфичным для опухолевого поражения печени. Наличие «холодных» очагов отмечается также при кистах, доброкачественных опухолях, циррозе, амилоидозе, гиперлипопротеинемии, расширении желчевыводящих протоков и др. Кроме того, они могут возникать при внепеченочных патологических процессах, приводящих к давлению на печень извне (опухоль правого надпочечника, почек, желчного пузыря, забрюшинные опухоли, над- и субдиафрагмальные инфильтраты, опухоль нижней доли правого легкого). При наличии протеза молочной железы на сцинтиграммах и сканограммах могут фиксироваться «дефекты» печени, наиболее вероятные при исследовании печени с низкоэнергетическими радионуклидами

(^{99m}Tc). В этих случаях полипозиционное исследование позволяет избежать ошибки в определении локализации патологических очагов.

Более эффективным способом диагностики опухолевых поражений печени является позитивная сцинтиграфия с использованием ТРФП. Однако и при ее проведении могут возникать определенные трудности, заключающиеся в том, что значительное количество ТРФП накапливается в здоровой ткани печени. Чтобы преодолеть этот недостаток, следует использовать одновременно два метода получения изображений печени — с коллоидным и «туморотропным» РФП, в последующем при компьютерной обработке вычитая первый из последнего. Такая методика может быть эффективной при наличии соответствующей аппаратуры. В настоящее время с развитием и внедрением в широкую клиническую практику ультразвуковых методов исследования (УЗИ), являющихся неинвазивными, безопасными и относительно дешевыми, при диагностике заболеваний печени и почек они показаны в первую очередь из всего комплекса диагностических методов. Что касается оценки функционального состояния упомянутых органов, то радионуклидные методы имеют решающее значение. Применение динамической сцинтиграфии требует от исследователя определенных знаний фармакокинетики, используемых РФП и владения методиками обработки данных с применением компьютеров.

В последние годы в клинической практике все более широко применяют методы радиоизотопного микроанализа, позволяющие с высокой степенью достоверности, чувствительности и специфичности определять большое количество биологически активных соединений. Популярность радиоизотопных «in vitro» методов и большой интерес к ним исследователей обусловлены отсутствием лучевой нагрузки на пациента, возможностью транспортировки сыворотки или плазмы крови в радиоиммунологическую (РИА) лабораторию и в некоторых случаях длительного хранения материала в замороженном состоянии, а самое главное — высокой клинической информативностью исследования. Радионуклидные «in vitro» методы являются наиболее достоверными критериями для динамического наблюдения за больными в процессе лечения, а также оценки его эффективности независимо от вида терапии.

В настоящее время исследования «in vitro» проводят с помощью стандартных радиодиагностических тест-наборов, укомплектованных необходимыми реагентами, пробирками и инструкциями по технике выполнения исследования. Точность соблюдения методики исследования квалифицированным персоналом, хорошо калиброванная лабораторная и радиометрическая аппаратура являются залогом получения адекватных результатов. При этом исследователи должны помнить о возможности получения ошибочных результатов, причиной которых могут быть неправильный забор крови, неправильное хра-

нение сыворотки крови, ошибки при фасовке реагентов, неполное осаждение, потеря осадка, плохое декантирование, адсорбция реагентов на стекле, перекрестные реакции, ошибки счета радиоактивных проб, ошибки при построении стандартной кривой, неправильная калькуляция результатов.

Неправильные или неточные значения являются следствием более или менее выраженных ошибок, которые возникают, несмотря на самое тщательное проведение исследования. В связи с этим различают неизбежные, случайные, а также систематические и грубые ошибки.

Случайные ошибки являются причиной того, что отдельные результаты многократных исследований дают разброс среднеарифметического значения. Они неизбежны и возникают из-за незначительных отклонений при проведении анализа и статистических флюктуаций счета при измерении радиоактивности. Случайные ошибки отражаются на точности исследования. Большие отклонения от среднего значения многократного определения должной концентрации (даже при хорошей точности) нередко являются следствием систематических ошибок. К ним относятся, как уже отмечалось, ошибки при фасовке реагентов, ошибочные разведения вследствие неисправности дозирующих приборов, изменения условий, предусмотренных методикой, и недостаточная настройка счетчиков. Постоянство систематических ошибок затрудняет их выявление. Грубые ошибки при нарушении технологического процесса обычно легко обнаруживают, так как они являются причиной неадекватных результатов.

Кроме радиоиммунологического анализа, радионуклидные лаборатории в онкологических клиниках проводят определение эстрадиол-, прогестерон-, тестостеронсвязывающих протеинов в опухолевой ткани, что имеет определенное значение при выборе адекватного метода лечения больных. При определении содержания белков-рецепторов в злокачественных опухолях различной локализации исследователь сталкивается с рядом проблем, которые могут привести к ошибочным результатам:

1) несвоевременная доставка материала из операционной и недостаточное охлаждение его при хранении;

2) несоблюдение условий проведения всех манипуляций с цитозолем на льду;

3) отсутствие охлаждения при центрифугировании (2000 об/мин);

4) отсутствие постоянного вихревого встряхивания флаконов при проведении исследования;

5) ошибки при приготовлении цитозоля;

6) ошибки в расчете коэффициента перерасчета в формуле;

7) неточный расчет необходимого количества меченого и немеченого гормона в пробах;

8) плохо вымытые и обезжиренные флаконы, пробирки;

9) для радиометрических счетчиков должен быть периодически проверяемый (по эталону) коэффициент пересчета;

10) проведение предоперационной химио-, гормонотерапии или лучевого лечения.

Таким образом, изложенное выше свидетельствует о том, что исследователи должны тщательно проводить радионуклидные «in vivo» и «in vitro» исследования на всех этапах, систематически повышать квалификацию, регулярно проводить проверку качества РФП и радиометрической аппаратуры.

ГЛАВА 4

ОШИБКИ В ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Технический прогресс и широкое внедрение в медицинскую практику эндоскопических методов исследования способствовали значительному расширению возможностей диагностики злокачественных новообразований внутренних органов, которые раньше были мало или трудно доступны для визуального выявления. Не оспаривая важности тщательного клинического обследования, позволяющего обнаружить различные признаки онкологических заболеваний, диагностической эффективности рентгенологических, радиоизотопных, ультразвуковых, лабораторных и других методов исследования, мы считаем необходимым подчеркнуть, что в большинстве случаев только на основании результатов эндоскопического исследования с морфологическим подтверждением клинических и других данных можно установить окончательный диагноз злокачественной опухоли.

Эндоскопия давно вышла за рамки простого осмотра. Это связано с созданием и усовершенствованием специального инструментария, с помощью которого можно выполнять разнообразные диагностические и лечебные вмешательства. Благодаря совершенствованию аппаратуры и методик исследования наряду с повышением информативности эндоскопии значительно возросла ее безопасность и уменьшился дискомфорт пациентов в процессе эндоскопической диагностики, что в свою очередь позволило значительно расширить показания к проведению эндоскопии и чаще использовать ее в амбулаторных условиях на этапах вторичной профилактики онкологических заболеваний.

В настоящее время эндоскопия по праву заняла одно из ведущих мест в ранней диагностике опухолей дыхательных путей, пищеварительного тракта, половых органов и др. Перспективы дальнейшего улучшения эндоскопической диагностики

раннего рака основных локализаций связывают с созданием и совершенствованием электронного эндоскопа и видеоэндоскопа, с внедрением методов люминесцентной эндоскопии, сочетанных исследований с применением эндоскопов, ультразвуковых сканеров и контактной радиометрии. Благодаря эндоскопии стали возможны выявление предраковых изменений слизистой оболочки дыхательных путей, желудочно-кишечного тракта, шейки матки и эндометрия с последующим динамическим наблюдением за лицами, входящими в группы риска, сформированные по эндоскопическим и морфологическим признакам, и диагностика начальных (преинвазивный, микроинвазивный) форм рака органов дыхания, пищеварения и половых органов.

Одним из направлений применения эндоскопии с целью улучшения ранней диагностики рака основных локализаций стало динамическое наблюдение за лицами, находящимися на диспансерном учете в связи с различными хроническими заболеваниями указанных органов и систем. Все шире применяют эндоскопию в программах профилактического обследования практически здоровых людей по схеме первичный автоматизированный скрининг — эндоскопическое обследование лиц, вошедших в группу повышенного онкологического риска.

Эндоскопическим методам исследования отводят ведущую роль в решении таких задач уточняющей диагностики, как установление локализации опухоли, ее анатомической формы роста, морфологической структуры (при исследовании материала, полученного во время эндоскопии) и границ распространения по органу.

Все более широкое применение находят различные эндоскопические методы лечения онкологических больных, что является новым направлением в клинической онкологии. Наиболее перспективными признают эндоскопические операции с использованием высокочастотной электрокоагуляции, лазерной деструкции и фотодинамической терапии с применением производных гематопорфирина.

Высокое качество диагностических и лечебных эндоскопических вмешательств можно обеспечить лишь в хорошо организованных подразделениях, в которых планировку и оборудование помещений осуществляют в соответствии с видом эндоскопического исследования и профилем лечебного учреждения. Эндоскопические кабинеты должны размещаться в изолированных, просторных, легко проветриваемых с помощью естественной и искусственной вентиляции помещениях, имеющих полы с электроизоляционным покрытием. Помещение должно соответствовать нормам, установленным для операционной, а при сочетанных исследованиях — для рентгенологического кабинета.

Все современные эндоскопические аппараты созданы на основе волоконной оптики. Фиброволоконные эндоскопы с управляемым дистальным концом и гибкой средней частью явля-

ются основным инструментом при исследовании дыхательных путей и желудочно-кишечного тракта. Жесткие эндоскопы по-прежнему играют основную роль при ректоскопии, кульдоскопии, лапароскопии, торакоскопии, медиастиноскопии, гистероскопии, цистоскопии, артроскопии, цефалоскопии. В последние годы отмечается тенденция ограничивать показания к проведению поднаркозной жесткой бронхоскопии у онкологических больных и более широко использовать бронхофиброскопы. Преимущества жесткой бронхоскопии под общим обезболиванием сохраняются лишь в случае необходимости выполнить транстрахеальную или трансбронхиальную пункцию внутригрудных лимфатических узлов.

За годы, прошедшие после издания приказа Министерства здравоохранения СССР № 1164 от 10.12.76 г. «Об организации эндоскопических отделений (кабинетов) в лечебно-профилактических учреждениях», в СССР создана довольно обширная сеть эндоскопических отделений и кабинетов, сложились реальные предпосылки для широкого внедрения эндоскопических методов диагностики в клиническую практику. В настоящее время 75% эндоскопических кабинетов развернуты в крупных поликлиниках и стационарах и лишь 25% — в онкологических учреждениях. Основным фактором, сдерживающим расширение эндоскопической службы, является недостаточный выпуск отечественными медицинскими промышленными предприятиями надежных, отвечающих современным требованиям аппаратов. По нашему мнению, планируемая концентрация высококвалифицированных врачей-эндоскопистов и современной эндоскопической аппаратуры в диагностических центрах на базе крупных стационарно-поликлинических комплексов лишь частично решит проблему своевременной диагностики злокачественных опухолей, особенно в диспансерных группах и группах повышенного онкологического риска, за которыми необходимо вести динамическое эндоскопическое наблюдение.

При подготовке к исследованию врач-эндоскопист должен решить множество разнообразных задач: оценить состояние больного, местные изменения в области предстоящего вмешательства, выбрать метод премедикации и обезболивания, определить вид и сроки проведения эндоскопического исследования. Как правило, диагностическую эндоскопию у онкологических больных проводят в плановом порядке, после клинико-рентгенологического исследования. Подготовка больных, выбор метода обезболивания, техника того или иного эндоскопического исследования довольно подробно изложены в работах В. С. Савельева и соавт. (1977, 1985), Г. И. Лукомского и соавт. (1973, 1982) и др., поэтому мы уделим внимание лишь некоторым общим вопросам.

С целью обезболивания при эндоскопии гибким прибором методом выбора является местная анестезия (2% раствор лидокаина, 5% раствор тримекаина и др.), при торакоскопии и

лапароскопии обычно используют 0,5% раствор новокаина. Общее обезболивание (внутривенный барбитуровый, сомбревиновый или другой вид наркоза) показано при ригидной бронхоскопии, медиастиноскопии и в ряде случаев при гистероскопии.

При подготовке больных диспансерных групп и групп повышенного онкологического риска в связи с необходимостью проведения им повторных эндоскопических исследований в процессе динамического наблюдения большое значение приобретает психологическая подготовка больного, предупреждение отрицательных эмоциональных реакций, разъяснение целей и важности исследования.

Во время проведения исследования врач-эндоскопист должен быть предельно внимателен, осторожен и строго придерживаться следующих правил:

1) тщательному визуальному исследованию должен быть подвергнут каждый доступный для осмотра участок слизистой оболочки или серозного покрова;

2) из любого подозрительного участка должен быть взят материал для морфологического исследования;

3) каждое повторное исследование необходимо проводить по полной диагностической программе, как и первичное исследование.

Расширять показания к эндоскопическому исследованию у онкологических больных необходимо одновременно с повышением его качества. В связи с этим важное значение приобретает объективная оценка пределов диагностических возможностей метода. Этому в первую очередь способствуют выявление и анализ ошибок, неудач и осложнений, которые оказывают существенное влияние на результаты лечения и судьбу больного.

На основании первого опыта применения современных фиброэндоскопов в онкологической практике у многих исследователей создалось неправильное представление, что трудностей в выявлении и дифференциальной диагностике доброкачественных и злокачественных поражений больше не существует. В дальнейшем, по мере накопления клинического опыта, выяснилось, что визуальное исследование в большинстве случаев позволяет лишь обнаружить заболевание органа, но установить — доброкачественный или злокачественный данный патологический процесс — на основании результатов осмотра удается далеко не всегда.

Организационными ошибками, в результате которых врач-эндоскопист может не заметить злокачественную опухоль, являются поверхностное ознакомление с больным, историей его болезни, результатами предшествующего обследования; нарушение или отсутствие выработанного плана и системы эндоскопического исследования. В эту же группу входят ошибки, возникающие вследствие несоблюдения научно обоснованных

сроков проведения повторного эндоскопического исследования у больных диспансерных групп и групп повышенного онкологического риска.

В основе ошибок, возникающих в процессе эндоскопического исследования при диагностике злокачественных опухолей основных локализаций, лежит ряд причин как субъективного, так и объективного характера, которые можно условно разделить на три группы.

В первую группу входят ошибки, возникающие в процессе визуального выявления опухолевой патологии. В их основе лежат невнимательный осмотр, концентрация внимания на одной «большой» патологии, отказ от смывания секрета (слизи) с поверхности слизистой оболочки и отсасывания содержимого исследуемого полого органа, грубые, резкие действия, вызывающие повреждения слизистой оболочки, которые могут скрывать или симулировать опухолевую патологию; незнание эндоскопической семиотики начальных фаз развития рака; сокращение или прекращение исследования из-за ухудшения состояния больного в связи с неадекватной подготовкой или развитием осложнений; повышенный мышечный тонус исследуемого органа (желудочно-кишечный тракт) и постоянная утечка нагнетаемого воздуха, что препятствует расправлению складок слизистой оболочки, в которых может находиться опухолевый очаг; рубцовая деформация или стеноз исследуемого органа, затрудняющие подведение аппарата к патологическому очагу.

Вторую группу составляют ошибки, возникающие при интерпретации макроскопических признаков эндоскопически выявленной патологии (ошибки в дифференциальной диагностике злокачественных и доброкачественных опухолей и других заболеваний). К третьей группе относятся ошибки, допускаемые при получении материала для цитогистологического исследования.

Частота ошибок при визуальной эндоскопической диагностике злокачественных опухолей зависит также от размеров и макроскопической формы роста опухоли. Реже всего остаются незамеченными экзофитные, полиповидные опухоли. При данной форме роста опухоли причиной ошибки, как правило, является невнимательный осмотр, спешка, неполное исследование органа. Примером может служить следующее наблюдение.

Больной А., 62 лет. В МНИОИ им. П. А. Герцена в мае 1979 г. при рентгенологическом исследовании диагностирован периферический рак верхней доли левого легкого. Первичное бронхологическое исследование было проведено 20.05.79 г.: выявлена опухоль, обтурирующая просветы Б1 и Б2 верхней доли левого легкого. Биопсия опухоли: плоскоклеточный высокодифференцированный рак. В бронхах правого легкого патологии не выявлено. На 2-е сутки после операции — верхней лобэктомии слева, во время санационной бронхофиброскопии в просвете Б7 нижней доли правого легкого обнаружена полиповидная опухоль, частично прикрывающая просвет бронха (рис. 4.1). Биопсия опухоли: плоскоклеточный малодифференцированный рак.

Таким образом, у больного не была распознана вторая синхронная опухоль легкого. Частота подобных ошибок, по нашим данным, обычно не превышает 0,1—0,2%.

Несколько чаще (от 1,1 до 9,8%) не диагностируют опухоли с эндофитной формой роста и подслизистой инфильтрацией. В подобных случаях причиной ошибок служат трудности визуального выявления данных форм злокачественных опухолей, а также игнорирование при эндоскопии приемов инструментальной пальпации стенки органа, оценки фиксации слизистой оболочки и ее фрагментации при биопсии. Немаловажное значение имеет также поверхностное ознакомление с историей болезни, клиникой заболевания, результатами предшествующего исследования (рентгенография, ультразвуковое и др.).

Наибольшее количество ошибок (до 50—80%) встречается при визуальной эндоскопической диагностике начального рака (преинвазивного и микроинвазивного) с поверхностной, стелющейся формой роста и небольшой площадью поражения слизистой оболочки (до 0,5 см). Основными причинами ошибок при данной патологии являются незнание эндоскопической семиотики и локализации начальных форм рака, форсированный, поспешный осмотр, концентрация внимания на «большой» патологии (при первично-множественном синхронном раке), недостаточный практический опыт врача-эндоскописта. Примером того, насколько сложна диагностика начального (микроинвазивного) центрального рака легкого, является следующее наблюдение.

Больной М., 71 года, поступил в МНИОИ им. П. А. Герцена 3.10.86 г. в связи с жалобами на кашель с мокротой, кровохарканье, одышку при физической нагрузке. При обследовании диагностирован центральный (плоскоклеточный) рак нижней доли правого легкого III стадии (T3N1M0). Во время эндоскопического исследования слизистой оболочки бронхов левого легкого опухолевой патологии не выявлено. 10.11.86 г. была выполнена операция — нижняя билобэктомия справа, а через 2 мес во время санационной бронхофиброскопии на шпоре Б1+2 верхней доли левого легкого обнаружен участок слизистой оболочки размером 0,6×0,5 см с шероховатой, мелкозернистой поверхностью (рис. 4.2). Биопсия: плоскоклеточный рак. Окончательный диагноз: первично-множественный синхронный рак легких, центральный рак нижней доли правого легкого III стадии (T3N1M0), центральный рак верхней доли левого легкого I стадии (T1N0M0).

При наличии прямых макроскопических признаков опухоли наиболее частыми причинами ошибок являются недостаточная квалификация врача-эндоскописта, незнание эндоскопических дифференциально-диагностических признаков злокачественных опухолей и других заболеваний. В большинстве случаев макроскопические признаки начального рака в виде небольшого полипа, уплотнения, эрозии или изъязвления не отличаются от эндоскопической картины полипов, эрозий, язв, поэтому могут служить лишь основанием для подозрения на наличие рака, которое подтверждается или отвергается результатами после-

дующего морфологического исследования. По данным литературы и МНИОИ им. П. А. Герцена, частота гипердиагностики начальных форм рака органов дыхания и желудочно-кишечного тракта составляет 25—59,6%, гиподиагностики — 8—15%.

При распространенном раке основных локализаций наиболее часто в затруднительное положение врача-эндоскописта ставит отсутствие специфических визуальных признаков. В связи с этим возникают сложности при дифференциальной диагностике очаговой гиперплазии слизистой оболочки и инфильтративной формы рака, доброкачественного, малигнизированного полипа и полиповидного рака, язвы и язвенной формы рака, неэпителиальной доброкачественной опухоли и эндофитного рака или лимфосаркомы.

По данным Л. К. Соколова (1978), частота ошибок при визуальной эндоскопичеескй диагностике инфильтративного рака составляет 28%. Даже в развитой стадии заболевания, при поражении значительной части стенки желудка (при инфильтративном подслизистом распространении опухоли), возникают значительные затруднения при интерпретации визуальных данных.

При полиповидном раке (по макроскопическим признакам) гиподиагностика отмечается в 20—31% случаев [Савельев В. С. и др., 1977], гипердиагностика — в 9—9,6%. Ошибочный диагноз полиповидного рака чаще всего устанавливают при доброкачественных полипах размером более 1,5 см, а также при сочетании полипоза с воспалением слизистой оболочки и эрозиями на вершине полипа.

Оценивая возможности визуальной эндоскопической диагностики язвенной формы рака, более характерной для поражения желудочно-кишечного тракта, следует указать на определенные трудности дифференциальной диагностики ее с доброкачественными язвами. По данным В. С. Савельева и соавт. (1977), ошибочный диагноз рака желудка (гипердиагностика) при доброкачественной язве устанавливают в 6,3% случаев, рак желудка расценивают как доброкачественную язву (гиподиагностика) в 5,7%. Наиболее частой причиной диагностических ошибок является то, что доброкачественная язва при частых рецидивах иногда приобретает микроскопические признаки рака, а злокачественная язва в ранних стадиях может иметь вид доброкачественной и в ряде случаев эпителизироваться. По данным Г. К. Гринберга и соавт. (1980), эндоскопическое заключение о малигнизированной язве желудка морфологически не подтверждается в 30—40% случаев. Избежать ошибок при диагностике язвенной формы рака желудка помогает множественная биопсия краев язвы с последующим гистологическим исследованием.

Таким образом, эндоскопическая диагностика злокачественных опухолей, основанная только на визуальных данных, недостаточно точна и в большинстве случаев требует морфологиче-

ского подтверждения. Особенно важное значение имеет гистологическая и цитологическая верификация диагноза при визуальном выявлении минимальных локальных изменений слизистой оболочки органа. Примером служит следующее наблюдение.

Больной Н., 60 лет, поступил в МНИОИ им. П. А. Герцена 28.01.80 г. в связи с жалобами на периодически возникающие боли в эпигастральной области, усиливающиеся натощак. С 1945 г. страдает хроническим анацидным гастритом. При рентгенологическом исследовании желудка и толстой кишки опухолевой патологии не выявлено. Гастроскопия: в антральном отделе слизистая оболочка истончена, на всем ее протяжении имеются очаги пятнистой гиперемии, около угла желудка в области задней стенки — более яркий очаг локальной гиперемии (рис. 4.3). Гистологическое исследование биоптата подозрительного участка слизистой оболочки желудка: частица слизистой оболочки с пролиферацией покровного эпителия, углублением ямок, энторализация эпителия. Цитологическое исследование отпечатка биоптата: в одном из мазков диагностирована низкодифференцированная аденокарцинома.

При повторной гастроскопии через 2 нед визуальная картина прежняя, инструментальная пальпация задней стенки около угла желудка не выявляет уплотнения или ригидности. Повторная биопсия: низкодифференцированная аденокарцинома. От предложенного лечения больной категорически отказался, был выписан, и повторно обратился в институт через 5 мес. При третьей гастроскопии диагностирована язвенная форма рака желудка. 14.07.80 г. выполнена операция — субтотальная резекция желудка по Бильрот II. Макроскопически в резецированном препарате, на задней стенке желудка, имеется уплотнение слизистой оболочки с шероховатой поверхностью размером 4×2 см с изъязвлением в центре диаметром 1 см. Гистологическое исследование: картина поверхностного стелющегося железистого рака с участками солидного строения. На одном участке опухолевая инвазия доходит до собственного мышечного слоя слизистой оболочки. Метастазов в регионарных лимфатических узлах нет.

Таким образом, обязательное включение в программу эндоскопического исследования получения материала для морфологического исследования из всех подозрительных участков обследуемого органа значительно снижает количество ошибок и повышает частоту своевременной диагностики злокачественных новообразований даже на самых ранних стадиях их развития.

Главными причинами ложноотрицательного морфологического заключения, основанного на результатах изучения материала, взятого во время эндоскопии у онкологических больных, являются неправильный выбор места для получения материала (некротизированный участок опухоли, край изъязвления, дно язвы и др.); недостаточное количество взятого материала (1—2 кусочка вместо 5—6); неверный выбор метода для забора материала (аспират или мазок вместо пункции при эндофитной опухоли, щипцовая биопсия вместо петлевой при полиповидной опухоли и др.); неудача при проведении прицельной биопсии или пункции (отсутствие опыта или объективные трудности); неправильная обработка материала, некачественная подготовка мазков.

Следует помнить, что даже при соблюдении всех правил

получения материала для морфологического исследования возможны диагностические ошибки (ложноотрицательные результаты).

В качестве примера приводим следующее наблюдение.

Больной С., 45 лет, в мае 1978 г. был направлен в МНИОИ им. П. А. Герцена с диагнозом «полип субкардиального отдела желудка с подозрением на малигнизацию». Рентгенологически: картина полипа субкардиального отдела желудка. При гастроскопии на границе малой кривизны и задней стенки в верхнем отделе желудка обнаружена опухоль полиповидной формы размером до 1,5 см, покрытая гладкой слизистой оболочкой (рис. 4.4). Окружающая слизистая оболочка с признаками атрофии и расширением сосудов подслизистого слоя. При инструментальной пальпации стенки желудка мягкие, эластичные. Эндоскопическое заключение: полип субкардиального отдела желудка, атрофический гастрит. Произведена петлевая биопсия с удалением полипа. Результаты гистологического исследования: железистый полип с пролиферацией эпителия.

При контрольном осмотре через 5 нед на месте полипа определяется участок поверхностного некроза, еще через 5 нед отмечено возвышение розового цвета, покрытое гладкой слизистой оболочкой. Биопсия: подозрение на наличие аденокарциномы. 19.09.79 г. выполнена операция — проксимальная субтотальная резекция желудка. Исследование резецированного препарата: высокодифференцированная аденокарцинома.

Данное наблюдение свидетельствует о том, что даже тотальная петлевая биопсия не является абсолютной гарантией установления точного диагноза, так как злокачественная опухоль может локализоваться не только в теле или ножке полипа, но и у его основания.

По данным Б. К. Поддубного и соавт. (1981), основными причинами неудачных биопсий при эндофитном раке желудка являются циркулярное сужение просвета желудка; выраженная деформация стенок; декомпенсированный стеноз антрального отдела желудка; распадающаяся опухоль; неправильный выбор места биопсии.

Несмотря на указанные трудности, встречающиеся при морфологической верификации рака органов дыхания, пищеварения, женских половых органов и др., эффективность цитологической и гистологической диагностики достигает 80—100%. Исключение составляет лишь периферический рак легкого I и II стадии, часто не имеющий визуальных эндоскопических признаков.

Морфологически подтвердить диагноз на основании результатов исследования материала, полученного при бронхологическом исследовании, удается у 13—53% больных этой группы [Вагнер Р. И. и др., 1985, и др.].

В целом эндоскопические методы достаточно информативны и при умелом их применении позволяют правильно оценить характер опухолевого поражения внутренних органов и выбрать адекватный метод лечения.

ГЛАВА 5

ОШИБКИ В МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

5.1. ОШИБКИ В ЦИТОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ

Цитологический метод диагностики злокачественных новообразований получил широкое распространение. Большая практическая ценность этого метода определяется высокой достоверностью и возможностью получить информацию о злокачественном росте независимо от характера и степени распространения опухолевого процесса, в том числе в доклинической стадии и при нетипичных его проявлениях. В настоящее время обоснованы принципы цитологической диагностики, изучены и описаны цитологические картины большинства опухолей, разработаны методические приемы получения и обработки цитологического материала, характеризующиеся простотой и доступностью, что позволяет выполнять это исследование в лечебных учреждениях любого профиля.

Установлено, что цитологическое исследование — это высокоэффективный метод диагностики, позволяющий осуществлять:

1) активное выявление онкологических больных при профилактических осмотрах и диспансеризации населения;

2) диагностику рака и других злокачественных опухолей при первичном обследовании больных, а также на этапе уточняющей диагностики;

3) контроль за эффективностью лечения онкологических больных с целью внесения необходимых корректив;

4) динамический контроль за состоянием больных, которым было проведено лечение по поводу рака.

Помимо онкологических заболеваний, цитологу приходится постоянно проводить морфологическое распознавание неопухолевых поражений. При этом он не только осуществляет дифференциальную диагностику, но и стремится дать гистологическую характеристику патологического процесса. Иными словами, в конечном итоге перед цитологом стоят принципиально те же задачи, что и перед патоморфологом.

Сводные данные ведущих отечественных и зарубежных клиник свидетельствуют о высокой разрешающей способности цитологического метода в дифференциальной диагностике злокачественных новообразований. При раке легкого, желудка, пищевода, молочной и щитовидной желез, ЛОР-органов, кожи, мочевого пузыря, прямой кишки, шейки матки совпадение цитологических заключений с результатами гистологического ис-

следования отмечено в 87,2—93,4% случаев; при саркомах костей и мягких тканей злокачественный характер новообразования был установлен в 79,1—83,5%, при доброкачественных процессах цитологические заключения оказались правильными в 82,5—87,7% случаев.

Своеобразие морфологии клеток, особенности формирования тканевых структур, проявления различного вида секреторной функции клеток, наличие элементов стромы отражают гистоморфологические особенности опухолей и служат основанием для цитологического установления их тканевой принадлежности (рак, саркома), а при раке позволяют достоверно определить исходный тип эпителия (железистый, плоскоклеточный рак), степень анаплазии (resp. дифференцировки) и гистологическую форму опухоли.

Важное значение имеет возможность цитологического выявления предраковой пролиферации эпителия — дисплазий. Это способствует улучшению диагностики рака, в том числе его ранних форм, и создает предпосылки для изучения на клеточном уровне предопухолевых состояний, предшествующих возникновению рака и патогенетически с ним связанных. Имеется возможность почти в половине наблюдений (52,7±3,9%) правильно определить степень выраженности диспластических изменений.

В настоящее время цитологический метод исследования призван решать не только задачи первичной диагностики с выяснением характера опухоли. Он может быть использован для оценки биологических особенностей новообразования, обусловливающих разную чувствительность опухоли к лучевому, химиотерапевтическому и гормональному воздействию. Разработаны и широко внедряются в практику цитологические критерии определения степени дифференцировки паренхимы при раке (рак с низкой, умеренной, высокой дифференцировкой клеток паренхимы).

С достоверностью установить степень дифференцировки на пункционном и эксфолиативном материале удается в 74,3—85,5% случаев.

Цитологические данные о степени дифференцировки рака используют для прогнозирования эффективности предоперационной лучевой терапии, а также гормонального и химиотерапевтического воздействия. Показано, что, например, при лучевом лечении рака легкого, пищевода, молочной и щитовидной желез, шейки матки имеется определенная корреляционная зависимость между выраженностью непосредственного повреждающего воздействия на опухоль (степень патоморфоза) и исходной степенью дифференцировки рака: максимально выраженное повреждение опухоли (III и IV степень патоморфоза) обнаруживается после лучевого воздействия на низкодифференцированные опухоли, минимальное, как правило, — при воздействии на высокодифференцированные раки.

Таким образом, область применения цитологической диагностики весьма широка. Ее проводят:

1) у всех больных, обращающихся в лечебные учреждения по поводу опухолевидного образования, уплотнения, инфильтрата, язвы, эрозии, патологических выделений, жидкости в серозных полостях, хронических заболеваний различных органов с целью установления характера патологического процесса независимо от его локализации и первоначального клинического диагноза; цитологическое исследование позволяет распознать злокачественную опухоль в ранней и доклинической стадии, что имеет решающее значение в получении стойкого выздоровления онкологических больных;

2) во время хирургических вмешательств по поводу рака и других злокачественных новообразований различных органов: срочная операционная цитологическая диагностика степени распространенности процесса путем выявления метастазов, прорастания опухоли в соседние органы и ткани с целью выбора оптимального хирургического вмешательства, контроль за абластичностью операционных разрезов;

3) при динамическом наблюдении за больными после лечения по поводу рака с исследованием послеоперационных рубцов, лимфатических узлов, любых возникающих патологических очагов независимо от их локализации с целью выявления рецидивов и метастазов;

4) при обследовании групп диспансерных больных, страдающих различными заболеваниями внутренних органов, для обнаружения предраковых состояний и раннего рака;

5) при динамическом наблюдении за больными с выявленными предраковыми состояниями, учитывая возможность возникновения на их фоне злокачественного роста;

6) при профилактических осмотрах и диспансеризации населения с целью обнаружения опухолей и предопухолевых заболеваний, при этом цитологическому исследованию придают особое значение как одному из ведущих методов, повышающих качественный уровень профилактических осмотров.

Задачи цитологического исследования многообразны:

1) установление предопухолевых (предраковых, предсаркоматозных) процессов и определение степени их выраженности (тяжелая, умеренная дисплазия, предсаркома);

2) морфологическая диагностика злокачественных опухолей, в том числе в самом начале их морфологического формирования;

3) уточняющая дифференциальная диагностика опухолей с определением их гистологической формы и степени дифференцировки;

4) дифференциальная диагностика системных поражений кроветворных органов (лейкозов, гематосарком, лимфогрануле-матоза);

5) дифференциальная диагностика доброкачественных опухолей с установлением их гистологической формы;

6) определение характера неопухолевых процессов — воспалительных (специфические, неспецифические воспаления), реактивно-гиперпластических, опухолеподобных.

Роль и место цитологических исследований среди диагностических методов определяется его возможностями как метода морфологической диагностики.

Учитывая тот факт, что морфологическая верификация диагноза рака или другого злокачественного новообразования до начала лечения является непременным правилом онкологической диагностики, а также то, что игнорирование этого правила приводит к клиническим ошибкам более чем у $^1/_4$ больных и задерживает начало лечения, следует рассматривать цитологическое исследование как одно из важнейших диагностических мероприятий в комплексном обследовании больных. Это и определяет соответствующее место цитологических исследований в комплексе диагностических методов, используемых с целью выявления злокачественных опухолей и предопухолевых состояний.

У подавляющего большинства больных цитологический метод может быть применен уже при первичном осмотре, когда целесообразно исследовать мокроту, мочу, выделения из соска, соскобы с язв, эрозий шейки матки, а также, если позволяет расположение патологического очага, выполнить пункцию. Обычно так поступают в тех случаях, когда не требуется срочно провести другие диагностические исследования и нет опасений, что пункция или взятие соскоба могут осложниться развитием воспалительных или реактивных процессов. Если такая опасность существует, то рентгенологическое и другие диагностические исследования следует проводить перед взятием цитологического материала. При эндоскопическом исследовании, как правило, получают материал для морфологической диагностики — цитологической и(или) гистологической.

Объектами цитологического исследования служат:

1) пунктаты любого патологического очага независимо от его места расположения, в том числе внутренней локализации; пунктаты костного мозга, которые исследуют с целью обнаружения раковых клеток и диагностики системных заболеваний кроветворных органов;

2) соскобы, отпечатки, отделяемое с любой эрозированной и язвенной поверхности; соскобы со слизистой оболочки шейки матки, канала шейки матки, аспираты из полости матки; промывные воды мочевого пузыря;

3) материал, взятый при любом эндоскопическом исследовании в виде мазков с патологических очагов, со слизистой и серозной оболочек, отпечатков с тканевых биоптатов, мазков с абразивной щеточки и т. д.;

4) выделения из соска, мокрота, моча и другие секреты и экскреты;

5) жидкость, содержащаяся в кистозных и серозных полостях, суставах, полученная с помощью пункции;

6) соскобы и отпечатки с биопсированных кусочков тканей различных органов, с патологических очагов удаленных во время операции органов, лимфатических узлов во время операции, соскобы с краев операционных разрезов;

7) соскобы с патологических очагов и лимфатических узлов, удаленных после предоперационного лучевого воздействия, химиотерапии или гормонального лечения для определения степени патоморфоза.

Оценку цитологических заключений в клинике проводят с учетом результатов других диагностических исследований. Уверенное цитологическое заключение о наличии злокачественного новообразования (рак, саркома и др.), совпадающее с клиническими и рентгенологическими данными, также указывающими на данную патологию (так называемая тройная диагностика), следует расценивать как морфологическое подтверждение диагноза злокачественной опухоли. Оно является основанием для назначения больному радикального лечения без выполнения биопсии, что особенно ценно в тех случаях, когда произвести ее невозможно или крайне нежелательно. Уверенное цитологическое заключение о наличии злокачественного новообразования не может быть отвергнуто клиницистом без гистологического исследования, даже если клинические данные и результаты других диагностических исследований противоречат картине злокачественной опухоли и ставят цитологический диагноз под сомнение. Цитологическое заключение о наличии рака, основанное на результатах исследования пунктатов лимфатических узлов, костей, мягких тканей, подкожной жировой клетчатки, свидетельствует о метастатическом процессе. Определив гистологическую форму метастатического рака (гипернефроидный, мелкоклеточный, перстневидноклеточный, аденокарцинома и т. д.), цитолог тем самым дает клиницисту информацию для целенаправленного поиска ранее невыявленной первичной опухоли.

В том случае, если получено предположительное цитологическое заключение о злокачественном новообразовании, необходимо выполнить повторное цитологическое исследование, более тщательно проведя забор материала для мазков. Если и в этом случае цитологический диагноз вызывает сомнения, то характер процесса можно определить только при гистологическом исследовании ткани из патологического очага. В случае выявления при цитологическом исследовании предраковой пролиферации эпителия (умеренная и тяжелая дисплазия) в зависимости от клинических проявлений либо осуществляют гистологический контроль, либо проводят повторное цитологическое исследование.

Цитологические заключения о воспалительном процессе и пролиферативных изменениях эпителия имеют для клинициста относительное значение, так как эти состояния в некоторых случаях могут не отражать всю патологию, имеющуюся у

больного, а являться сопутствующими, в частности раку или другим опухолям. Указания цитолога на неудачное взятие материала для цитологического исследования помогут избежать неправильной трактовки цитологических данных клиницистами.

5.1.1. Общая характеристика и классификация ошибок в цитологической диагностике

Как и любой другой диагностический метод, цитологическое исследование имеет пределы возможностей, на которые оказывают влияние следующие факторы:

1) современное состояние цитологической диагностики с точки зрения возможности осуществлять унификацию цитологических заключений в соответствии с существующими цитологическими и гистологическими классификациями опухолей и неопухолевых процессов;

2) профессиональная подготовка врача-цитолога;

3) условия, в которых проводят цитологическое исследование, влияющие на качество получаемого для него материала (профосмотры, поликлинические условия, стационар, операционная диагностика), а также задачи, которые перед ним ставятся (поиск клеток злокачественной опухоли, уточняющая, дифференциальная цитологическая диагностика);

4) соблюдение необходимых правил при получении цитологического материала врачом, обследующим больного;

5) правильная организация различных этапов цитологической диагностики, включая получение материала, направление его в лабораторию, приготовление мазков, их окраску, выдачу цитологического заключения.

Согласно данным литературы и результатам цитологических исследований, проведенных в МНИОИ им. П. А. Герцена, частота ошибок цитолога и неудач, связанных с получением материала для исследования, при распознавании рака может достигать 15,4±5,3%, при других злокачественных опухолях — 19,7±3,9%, при доброкачественных процессах — 17,6±3,3%.

Ошибки при цитологическом исследовании могут быть обусловлены объективными и субъективными причинами. Основной объективной причиной является отсутствие патогномоничных цитологических признаков злокачественного роста, в связи с чем цитологический диагноз злокачественной опухоли (рак, саркома и др.) устанавливают по совокупности многих признаков, обнаруженных у ряда клеток и отражающих различную степень атипии в морфологии клетки и ядра. Насколько разными могут быть цитограммы при раке, свидетельствуют рис. 5.1 и 5.2. Если правильный цитологический диагноз рака по цитограмме, представленной на рис. 5.1, установить несложно, то интерпретация микроскопической картины на рис. 5.2 вызывает затруднения, поскольку клеточная атипия выражена весьма слабо. Основным признаком, позволяющим сде-

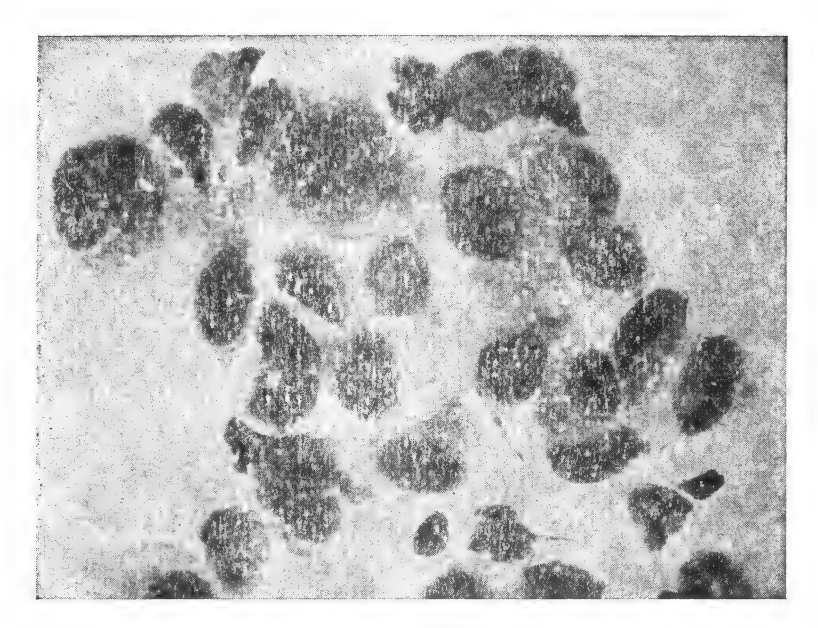
лать заключение о наличии рака, является полиморфизм ядер, которые по размерам не отличаются от мономорфных ядер при доброкачественных опухолях и пролиферативных процессах. Присутствие при раке более чем в $^2/_3$ клеток полиморфных ядер позволяет безошибочно установить цитологический диагноз рака в 81,7% наблюдений. Однако цитолог должен иметь достаточно большой практический опыт, чтобы научиться использовать данный критерий. Аналогичные, иногда непреодолимые трудности возникают, например, при цитологической диагностике перстневидно-клеточного рака желудка, когда невозможно дифференцировать его клетки от клеток эпителия при метаплазии по кишечному типу. Основную роль при этом играют полиморфизм ядер и более крупные размеры клеток при раке. Объективной причиной ошибок служит и то, что не установлены критерии, по которым можно было бы судить об органной принадлежности новообразования на основании его клеток, обнаруженных в метастазах (особенно аденогенного рака).

Другая объективная причина — отсутствие общепринятых представлений и классификаций, отражающих специфику цитологических картин многих опухолевых и неопухолевых процессов, что не только ограничивает возможности дифференциальной цитологической диагностики, но и нередко затрудняет решение вопроса о характере опухоли — злокачественная она или доброкачественная. Например, цитологу весьма сложно правильно определить гистологическую форму таких опухолей, как параганглиома, опухоли АПУД-системы, новообразования сосудистого генеза, многие опухоли мягких тканей, кожи, при этом далеко не всегда удается решить вопрос об их злокачественности или доброкачественности. Велико многообразие цитологических проявлений хронических продуктивных воспалительных процессов, сопровождающихся реактивными изменениями эпителия, что также увеличивает объективные трудности цитологической диагностики.

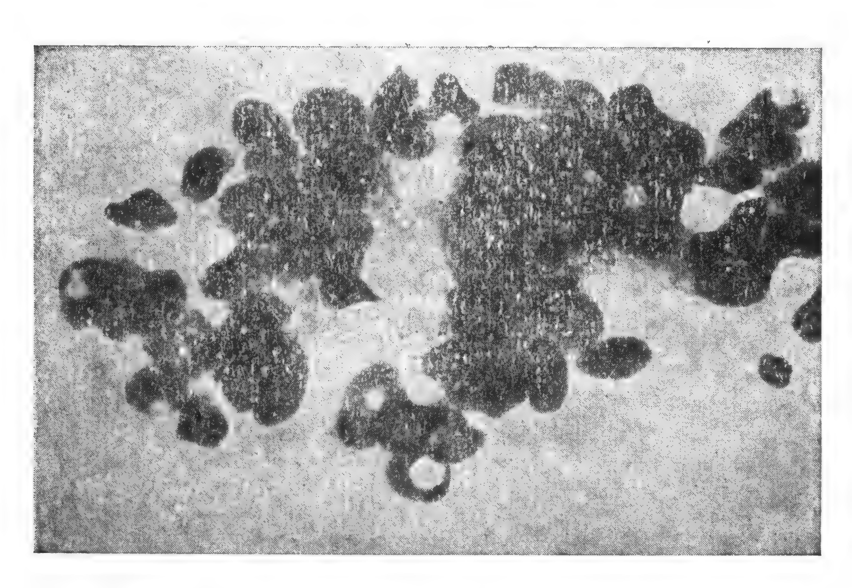
Еще одна объективная причина — ограниченные возможности использования дифференцирующих окрасок и цитохимических реакций на диагностическом цитологическом материале, который представляет собой немногочисленные мазки с ограниченным числом в них клеток из патологического очага.

Наконец, объективной причиной ошибок и неудач цитологической диагностики является отсутствие гарантии в том, что в каждом конкретном случае цитолог исследует материал, взятый у больного именно из основного патологического очага, а не из окружающей его ткани или сопутствующего очага.

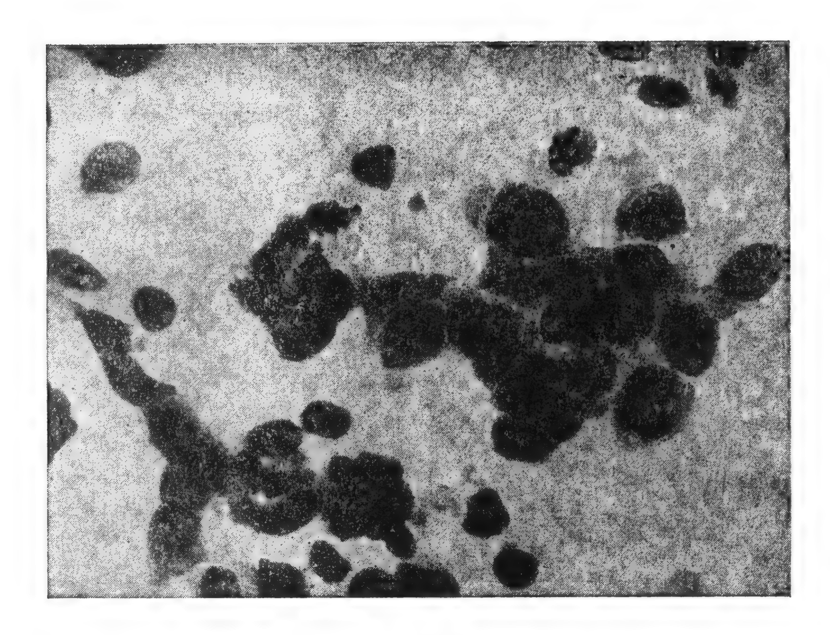
К субъективным причинам ошибок следует отнести недостаточный опыт и низкую квалификацию врача, выполняющего цитологические исследования, в связи с чем он не всегда может правильно оценить цитологические данные; игнорирование цитологом клинических сведений о больном и результатов его обследования с применением других диагностических мето-



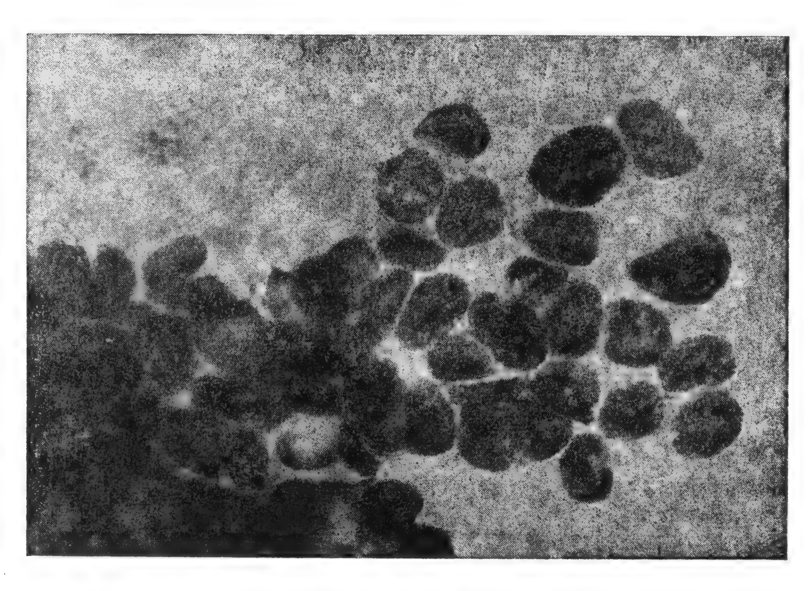
5.1. Солидный рак молочной железы. Резко выражены полиморфизм клеток и ядер, гипертрофия ядрышек. Цитограмма. ×900.



5.2. Скиррозный рак молочной железы. Выражены полиморфизм и гиперхромия ядер. Цитограмма. ×900.

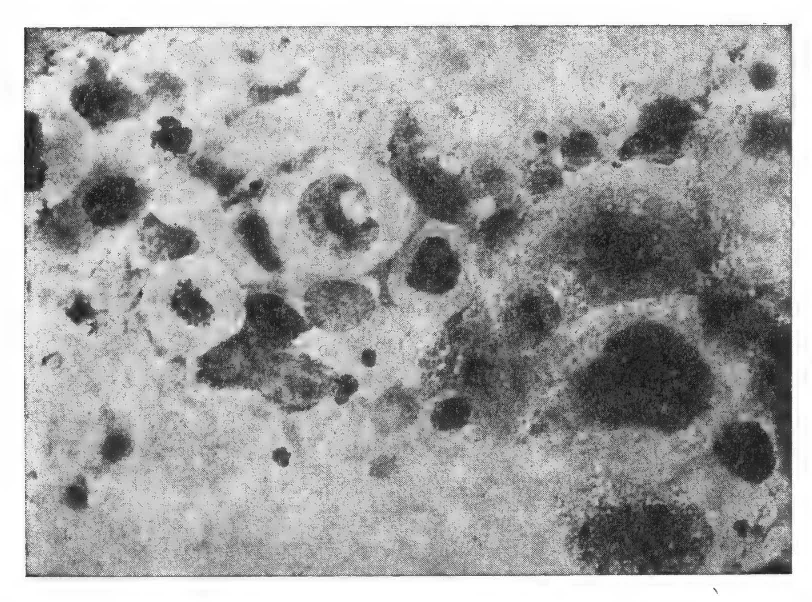


5.3. Тяжелая дисплазия железистого эпителия. Клетки ошибочно расценены как раковые. Цитограмма. ×900.

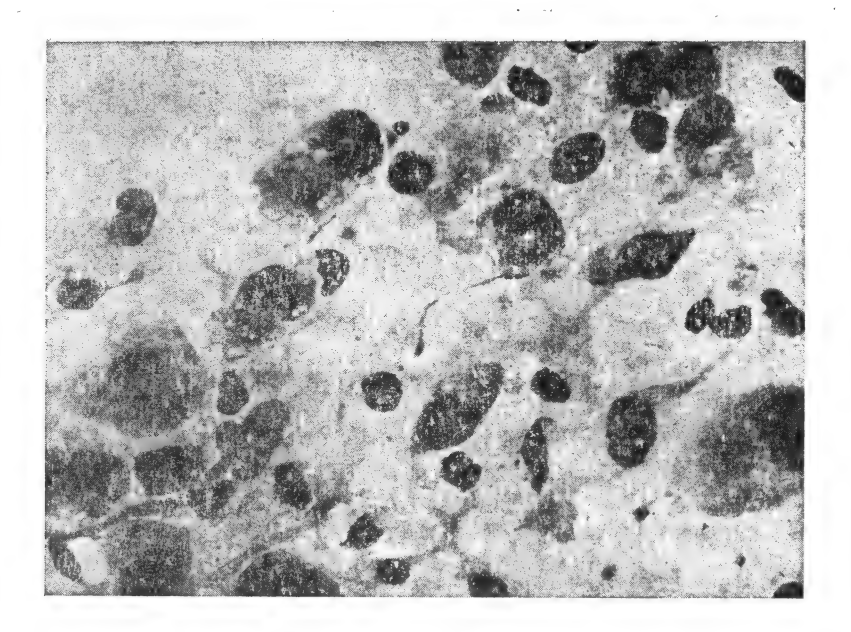


5.4. Высокодифференцированный железистый рак, ошибочно принятый за дисплазию железистого эпителия. Цитограмма. ×900.

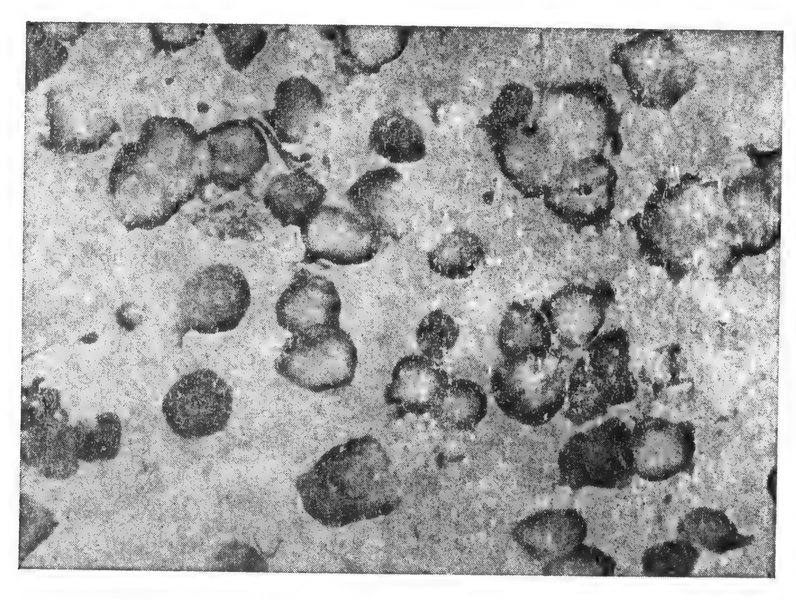
5.5. Тяжелая дисплазия плоского эпителия шейки матки. Выражен клеточный полиморфизм, отмечаются ровные контуры ядер и одинаковая структура хроматина. Цитограмма. ×900.



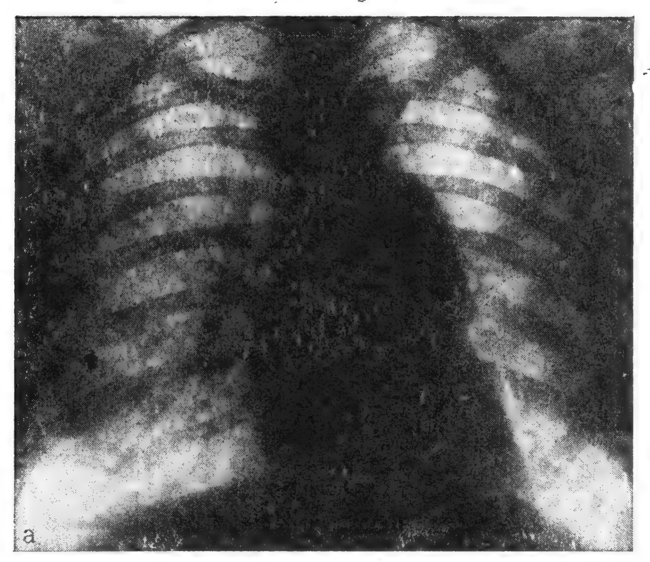
5.6. Плоскоклеточный рак шейки матки. Клетки резко полиморфны, ядра полиморфны, гиперхромны. Цитограмма. ×900.



5.7. Клеточные элементы очага продуктивного воспаления (псевдоопухоль), ошибочно расцененные как клетки саркомы. Цитограмма. ×900.

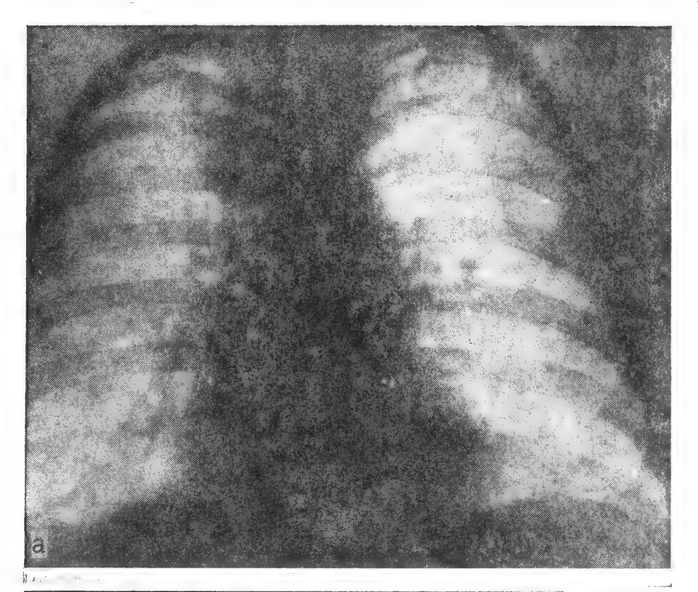


5.8. Метастаз низкодифференцированного рака в лимфатическом узле, ошибочно расцененный как гиперплазия лимфоидной ткани. Цитограмма. ×900.





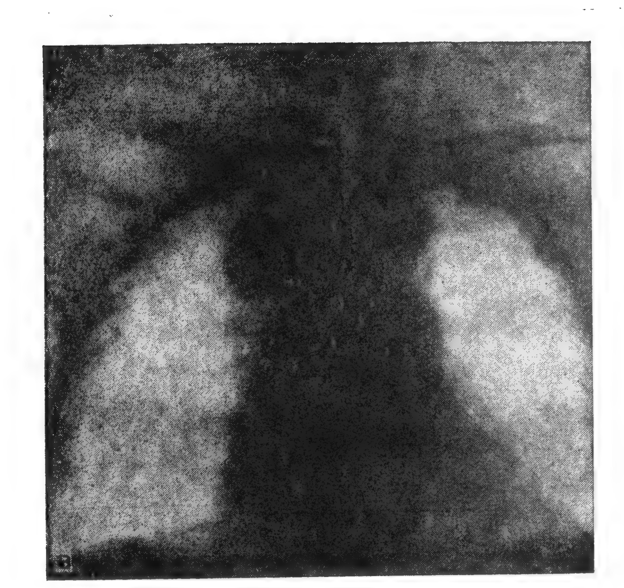
12.1. Опухоль передне-верхнего средостения. Рентгенограмма (а) и томограмма (б) в прямой проекции.



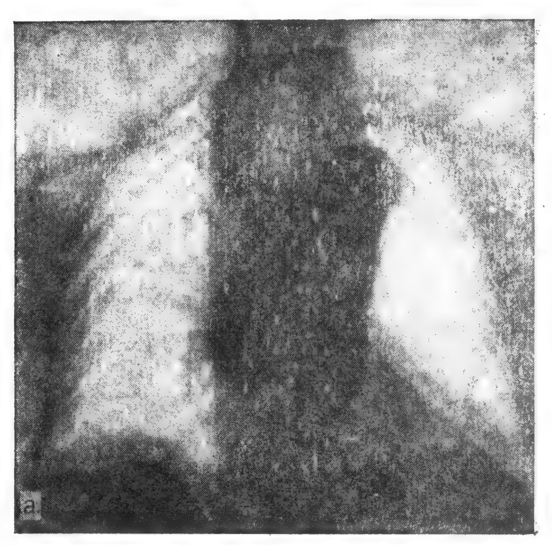


12.2. Аневризма правой плечеголовной артерии.

а, б — рентгенограммы больного М. в прямой и боковой проекциях;



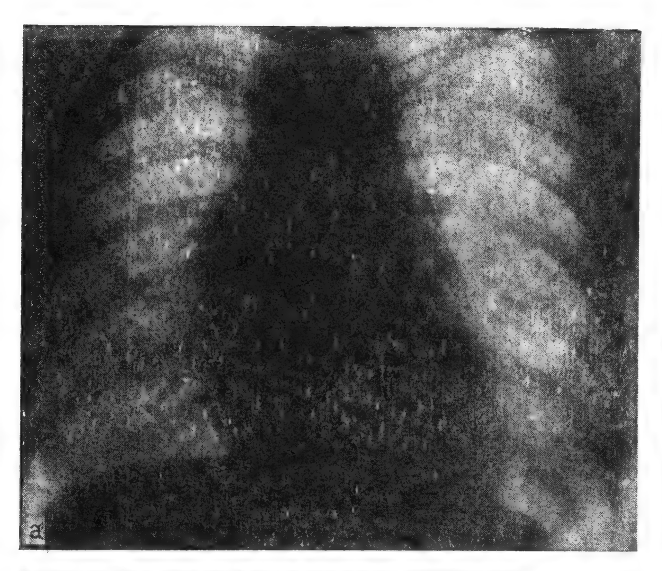
12.2. (Продолжение).
в — аортограмма.





12.3. Необычное расположение дуги аорты, ее плечеголовного ствола, верхней полой вены и плечеголовной вены.

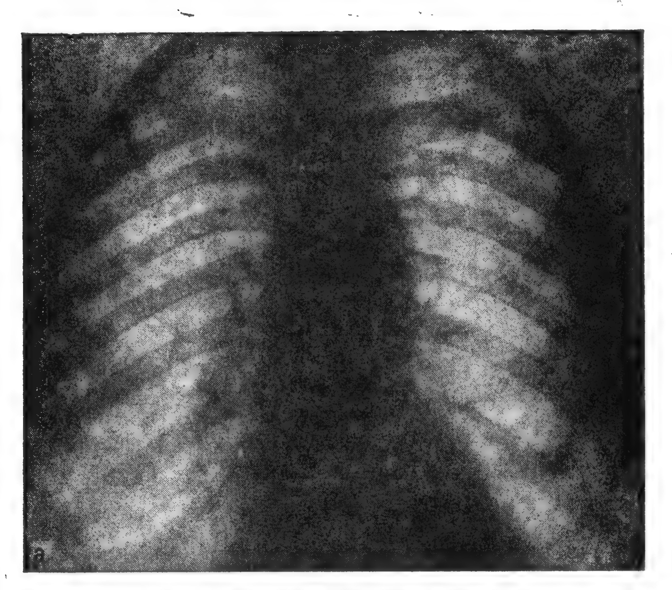
а — аортограмма; б — томограмма.





12.4. Лимфогранулематоз средостения. Расширение средостения в обе стороны.

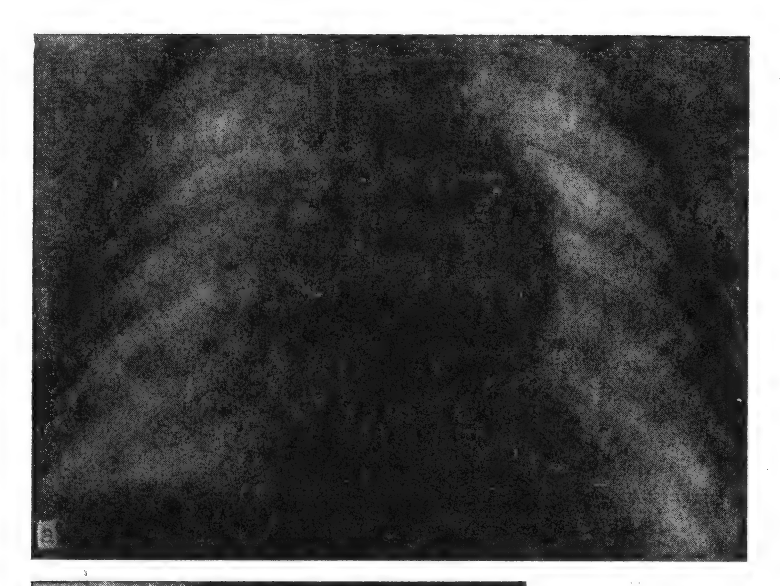
а — рентгенограмма; б — томограмма в прямой проекции.





12.5. Лимфогранулематоз средостения. Увеличенные лимфатические узлы в корне левого легкого и переднем средостении.

а — рентгенограмма; б — томограмма в прямой проекции.





12.6. Злокачественная опухоль переднего средостения.

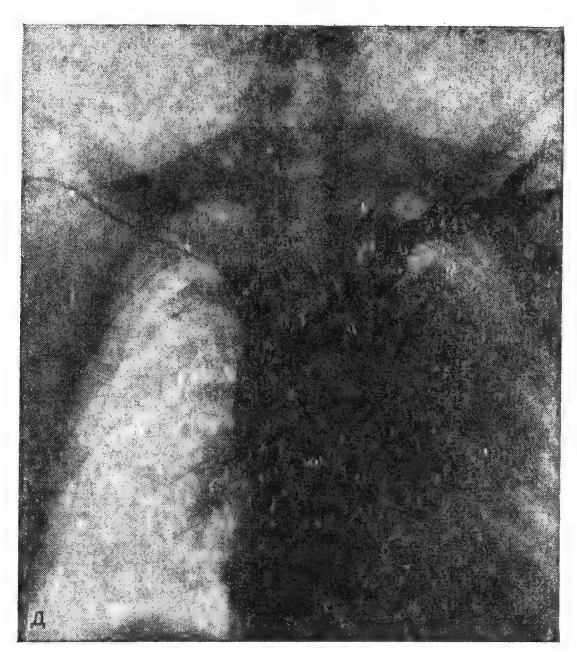
а, б — рентгенограммы в прямой и боковой проекциях;





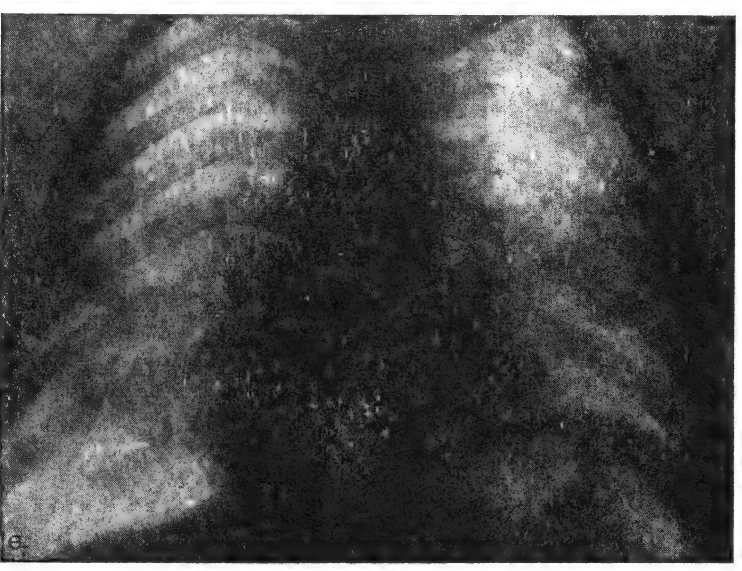
12.6. (Продолжение).

в — томограмма в прямой проекции; г — аортограмма;



12.6. (Продолжение).

д — медиастинальная флебограмма; е — рентгенограмма в прямой **проекции после** хирургического лечения.





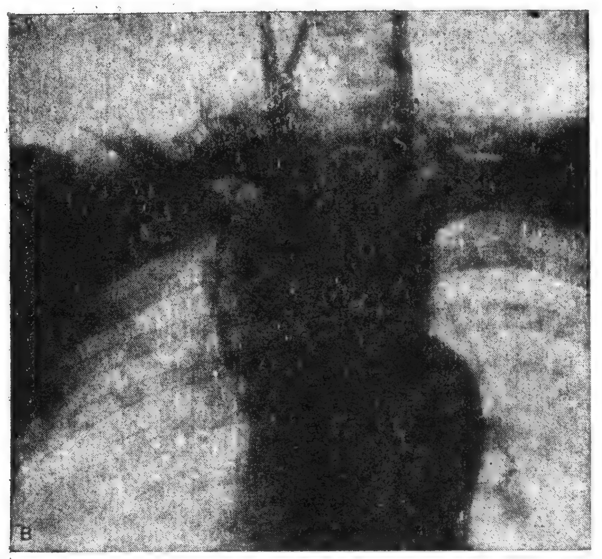
12.7. Лимфогранулематоз лимфатических узлов средостения. Томограмма в прямой проекции.





12.8. Зрелая тератома с участками эпителиоидной тимомы переднего средостения.

а — рентгенограмма в боковой проекции; б — томограмма в прямой **проекции.**





12.8. (Продолжение).
в — аортограмма, г — медиастинальная **флебограмма**.

дов; неправильную трактовку цитологических данных врачом-клиницистом.

В зависимости от причин, вызвавших цитологические ошибки, их можно условно разделить на диагностические, тактические, технические и организационные.

Диагностические цитологические ошибки, частота которых в среднем составляет 12,6±2,7%, могут быть обусловлены двумя принципиально разными причинами: неправильной трактовкой цитологических картин врачом-цитологом и неудачами при получении цитологического материала у больного, когда в исследуемые мазки не попадают клетки из основного патологического очага, но в них присутствуют клетки, взятые на участке, где локализуется фоновый или воспалительный процесс. Обобщенные данные о причинах диагностических цитологических ошибок представлены в табл. 5.1.

Цитолог может допустить ошибку, когда решает вопрос, является ли данный процесс опухолевым или неопухолевым, а если опухолевым, то злокачественным или доброкачественным; неправильно могут быть определены гистологическая форма опухоли и степень ее дифференцировки. Установить это далеко не всегда просто, особенно при высокодифференцированных злокачественных опухолях, в том числе раке, когда цитограммы этих опухолей бывает трудно отличить от цитограмм доброкачественных опухолей или диспластических состояний, и наоборот, цитограммы пролиферативных процессов (дисплазии, разрастания фиброзной ткани и др.) в ряде случаев могут быть ошибочно расценены как относящиеся к злокачественному новообразованию (рис. 5.3, 5.4).

Для того чтобы уменьшить количество ошибок, важно соблюдать следующие принципы цитологической диагностики: 1) проводить четкую идентификацию цитологических картин и унификацию цитологических заключений в соответствии с современными цитологическими и гистологическими классификациями опухолевых и неопухолевых процессов; 2) давать уверенное цитологическое заключение о характере патологического процесса и особенно о гистологической форме опухоли только при обнаружении значительного количества клеток, не имеющих признаков дистрофических изменений.

Что касается диагностических ошибок, обусловленных неправильным получением материала врачом-клиницистом, то они объясняются его низкой квалификацией и недостаточным опытом проведения этой процедуры. Нельзя судить о процессе по поверхностно взятым соскобам с нагноившихся ран, эрозий, язв; при выполнении пункции без учета границ патологического очага, его неоднородной плотности и отношения к окружающим тканям также может быть получен неполноценный материал. Совершенно неоправданны попытки подтвердить или уточнить клинический диагноз рака молочной железы путем исследования выделений из соска, если очаг поражения нахо-

дится в толще ткани молочной железы и не сообщается с крупными выводными протоками. В этом случае выделения из соска не отражают существа патологического процесса, что приводит к серьезным ошибкам цитологической диагностики. Методические приемы получения полноценного материала описаны в руководствах и монографиях, посвященных цитологической диагностике [Шиллер-Волкова Н. Н. и др., 1964; Петрова А. С. и др., 1985; Koss L. G. et al., 1984].

Тактические цитологические ошибки обычно связаны с игнорированием цитологом клинических данных или, наоборот, неоправданной их переоценкой, неосведомленностью цитолога (как правило, по вине клинициста) о терапевтическом воздействии на патологический очаг перед цитологическим исследованием; неправильной трактовкой результатов цитологического исследования клиницистом.

Предотвратить возникновение подобных ошибок можно прежде всего путем повышения уровня профессиональной подготовленности врачей (как цитологов, так и клиницистов).

Технические цитологические ошибки возникают при несоблюдении необходимых правил доставки материала в лабораторию (например, жидкость, полученную из грудной или брюшной полости, транспортируют без добавления раствора цитрата натрия), неправильном приготовлении мазков (толстые, грубо размазанные по стеклу, из-за чего большинство клеток оказываются разрушенными), нарушении процесса фиксации и окраски мазков, что обусловливает образование артефактных структур (включения в цитоплазме, нечеткость структуры хроматина), искусственную гипер- и гипохромию клеток и ядер, плохую различимость внеклеточного вещества и другие недостатки (размытость контуров клеток, стекловидность цитоплазмы). Ошибки могут быть полностью устранены только при повышении уровня знаний, технических навыков и ответственности врачей и техников-лаборантов, участвующих в обследовании больных и выполнении цитологических исследований.

Организационные цитологические ошибки обусловлены тем, что в той или иной лаборатории игнорируется принцип унификации цитологических заключений и в работе врачей-цитологов не используются существующие цитологические и гистологические классификации. Отсутствие четкости в формулировках цитологических заключений не позволяет проводить цитогистологические параллели и судить о качестве цитологической диагностики, причинах ошибок, возникающих при ее проведении и путях их устранения. Часто используют устаревшие классификации опухолей, в частности мягкотканные саркомы разделяют по формальным признакам на круглоклеточные, веретеноклеточные и полиморфно-клеточные. В таких цитологических заключениях не содержится необходимая информация, в связи с чем снижается эффективность цитологических исследований.

Ошибки, допущенные при цитологической диагностике, могут помешать установить правильный клинический диагноз и выбрать наиболее рациональный метод лечения больного. Особенно опасно это в тех случаях, когда клинические данные трудно правильно интерпретировать, а результаты других диагностических исследований разноречивы или малоинформативны.

В тех случаях, когда цитолог не смог выявить злокачественную опухоль (рак и др.) или, наоборот, сделал ошибочное заключение о наличии злокачественного роста, может быть выработана неправильная клиническая тактика, в первую очередь у больных, которым крайне нежелательно проведение биопсии, а также при нетипичном или малосимптомном течении злокачественной опухоли.

Неправильное цитологическое заключение о характере поражения лимфатических узлов и других патологических очагов, сопутствующих той или иной злокачественной опухоли, послужит причиной того, что у клинициста возникнет ошибочное представление о степени распространенности процесса, вследствие чего он не сможет выбрать оптимальный план лечения больного. Это может привести к неоправданному отказу от радикального лечения или, наоборот, к необоснованному увеличению объема оперативного вмешательства, отказу от целесообразной комбинации лечебных методов.

Результаты анализа частоты цитологических ошибок с учетом организации цитологической службы (отдельные цитологи в клинико-диагностических лабораториях, концентрация цитологических исследований в цитологических группах или централизованных цитологических лабораториях, отдельные цитологи в патологоанатомических лабораториях и т. д.) свидетельствуют о том, что меньше всего ошибок ($10,2 \pm 2,7\%$) допускают в централизованных цитологических лабораториях, где сконцентрированы кадры наиболее подготовленных цитологов, четко разработаны технические приемы обработки и окраски цитологического материала, унифицированы формы цитологических заключений. Положительную роль здесь играет также возможность коллегиального обсуждения трудных для интерпретации цитологических картин.

5.1.2. Ошибки в цитологической диагностике при профилактических осмотрах и диспансеризации населения

В системе профилактических осмотров и диспансеризации населения цитологический метод получил высокую оценку как эффективный, экономически выгодный и простой метод выявления рака, предопухолевых состояний (дисплазий) и других онкологических заболеваний. Поскольку перед цитологом при профилактическом осмотре, как правило, ставится конкретная

задача — выявление клеток рака и предопухолевых заболеваний без детальных характеристик патологического процесса, частота ошибочных цитологических заключений бывает минимальной — не выше 5%. Однако эффективность цитологического исследования в этих случаях зависит от технически правильного получения материала и тщательного приготовления мазков.

При диспансерном наблюдении за больными с хроническими заболеваниями различных органов (гастриты, язвенная болезнь желудка, хронические пневмонии, дисгормональные изменения молочных желез и др.) или за лицами, подвергающимися воздействию вредных профессиональных факторов (анилиновые, асбестовые производства и др.), цитологическое исследование обычно используют как один из методов комплексной диагностики. Высокая эффективность цитологических исследований в таких случаях обусловливается применением всех имеющихся способов получения полноценного материала для приготовления мазков. Диагностические цитологические ошибки, как и в других условиях, объясняются главным образом объективными трудностями интерпретации цитологических данных, когда возникает необходимость отличить высокодифференцированный рак от тяжелой дисплазии при доброкачественных процессах. Правда, динамическое диспансерное наблюдение за больными, включающее повторные цитологические исследования, позволяет проследить постепенное нарастание признаков атипичности клеток, при этом частота цитологических ошибок существенно ниже, чем при цитологической диагностике, проводимой у больных, обратившихся в лечебные учреждения.

Основными диагностическими методами, которые применяют при обследовании находящихся под диспансерным наблюдением больных с заболеваниями желудка, являются эндоскопическое и морфологическое исследования. Цитологический метод в этих случаях по эффективности почти не уступает гистологическому (частота расхождений в диагнозах не превышает 6%). Он позволяет выявить предраковые изменения эпителия (дисплазии) и рак более чем у 80% больных. Однако необходимо уточнить цитологические критерии высокодифференцированных аденокарцином и диспластических состояний, поскольку частота гиподиагностических цитологических ошибок при раке составляет 14,5±3,8%.

Результаты применения цитологического метода при диспансерном наблюдении за больными и профилактических осмотрах, производившихся с целью выявления рака и предраковых состояний молочной железы, показали, что этот метод следует считать одним из обязательных мероприятий при узловых образованиях. Он способствует повышению эффективности выявления рака на ранних стадиях процесса и предопухолевых состояний. Правильный цитологический диагноз при

разных процессах был установлен у 87,7—91,2% больных. Цитологический метод, примененный при обследовании женщин с патологией молочных желез, позволяет отобрать больных, которым необходимо радикальное лечение при выявленном раке, оперативное диагностическое вмешательство при неясном или сомнительном диагнозе, консервативное лечение и динамическое наблюдение при некоторых формах мастопатии. При этом рак может быть выявлен даже в случае полного отсутствия каких-либо симптомов, которые насторожили бы клинициста и заставили предположить наличие злокачественной опухоли. Приведенное ниже наблюдение подтверждает это положение.

Больная В., 53 лет, обследована в смотровом кабинете поликлиники. Жалобы на зуд в правом соске; в течение 2 лет лечится у дерматолога мазями (флуцинар и др.). Объективно: сосок не изменен по форме и размерам, покрыт легко снявшейся коричневой корочкой, под которой обнаружена влажная поверхностная розоватая эрозия. Лимфатические узлы не увеличены, уплотнений в молочных железах нет. Взят легкий соскоб с эрозии. Заключение цитолога по мазку, приготовленному из соскоба: рак Педжета. Больная направлена к онкологу. Диагноз рака Педжета вызвал сомнение, и повторно взят мазок с эрозии. Повторное цитологическое заключение: рак Педжета. Направлена в онкологический диспансер. Диагноз подтвержден результатами третьего цитологического исследования и радиоизотопной диагностики. Проведено лечение: радикальная правосторонняя мастэктомия. Гистологическое заключение: рак Педжета; метастазов в лимфатических узлах нет. Окончательный диагноз: рак Педжета правой молочной железы I стадии. Больная здорова в течение 12 лет.

Причины ошибок, допущенных при цитологической диагностике новообразований молочных желез, были обусловлены неудачными пункциями при размерах патологического очага менее 1 см в диаметре и трудностями трактовки цитологических картин при тяжелых дисплазиях; в выделениях из соска клетки, отражающие существо патологического процесса, отсутствовали в 27,7 — 33,3% случаев.

В настоящее время цитологический метод широко применяют при гинекологических осмотрах для выявления раннего рака шейки матки и угрожаемых по раку состояний. Установлено, что он играет важную роль на любом этапе профилактического осмотра: на I этапе — при скрининге, когда стоит задача разделить всех обследуемых женщин на группы «норма» и «патология», и на II этапе — при установлении вероятного диагноза, когда в группе «патология» необходимо выделить больных с онкологическими заболеваниями (рак, дисплазия) и неонкологическими.

Отработаны и четко регламентированы организационные формы проведения таких осмотров, обоснована целесообразность взятия мазков с шейки матки у всех женщин без исключения независимо от наличия или отсутствия жалоб и визуальных данных. Цитологическая выявляемость рака при этом составляет 0,007—0,014%, а предраковых состояний — 0,11—0,38%.

Перед цитологическим исследованием при гинекологических профосмотрах не ставится задача дать детальную характеристику выявленной патологии, его цель — обнаружение клеток рака и угрожаемой по раку патологии — дисплазий. Частота ошибок при этом не превышает 4,8%, они носят характер гипердиагностики рака и тяжелой дисплазии, так как трудно отличить клетки при дисплазиях, имеющие признаки атипичности, от опухолевых клеток, поскольку для тех и других характерны значительное увеличение клеток и ядер, их гиперхромия (рис. 5.5, 5.6).

В связи с тем что женщин, у которых при профосмотре цитологически выявлен рак или угрожаемая по раку патология, затем подвергают тщательному обследованию с обязательным взятием материала для гистологического исследования, существенного вреда от ошибочной цитологической гипердиагностики рака не бывает, тем более что она наблюдается очень редко. Что же касается цитологической гипердиагностики тяжелой дисплазии, то при этом неоправданно увеличивается группа женщин, которым требуется обследование с проведением биопсии. Это приводит к нерациональным экономическим затратам и перегруженности гинекологических учреждений.

Путь к предотвращению цитологической гипердиагностики тяжелой дисплазии — это неукоснительное соблюдение существующих методических рекомендаций, в которых подчеркивается, что цитограммы тяжелой дисплазии отражают тяжелый патологический процесс, сопровождающийся выраженными нарушениями структуры эпителиального пласта и процесса дифференцировки клеток с появлением атипичных клеток. В цитограммах более $^2/_3$ всех клеток составляют клетки базально-парабазального типа с укрупненными ядрами, насыщенными хроматином, а атипичные клетки обязательно находятся в интимной связи с пролиферирующими клетками различных слоев, для атипичных клеток характерна неровность контуров большинства ядер.

Цитологическое исследование мазков с шейки матки, полученных при профосмотрах, обеспечивает высокий процент раннего выявления рака. Среди женщин с впервые установленным диагнозом рака ранний рак выявлен более чем у 40%, в том числе внутриэпителиальный — у 16,5%, микроинвазивный — у 11,2%, рак I стадии — у 14%.

Обобщая материалы по использованию цитологического метода при профилактических осмотрах и диспансеризации населения, следует отметить, что в этих случаях особое значение имеет четкая формулировка цитологических заключений, исключающая возможность их неправильной трактовки врачом-клиницистом. Число ошибок может быть уменьшено, если использовать следующие формы цитологических заключений: 1) рак; 2) злокачественное новообразование неэпителиальной природы; 3) подозрение на рак; 4) подозрение на злокачест-

венное новообразование неэпителиальной природы; 5) умеренная дисплазия; 6) тяжелая дисплазия; 7) описательный ответ; 8) цитологическое исследование не дало результатов.

5.1.3. Ошибки в цитологической диагностике при первичном обследовании онкологических больных в поликлиниках лечебных учреждений общего профиля

Основная цель цитологического исследования на данном этапе обследования больных — установление характера патологического процесса (злокачественный или доброкачественный). В подавляющем большинстве заключений (81,4±2,1%) цитологи верно указывают на злокачественную, доброкачественную опухоль, воспалительный процесс. Что же касается установления природы опухоли (рак, саркома) и тем более ее гистологической формы, то в данных учреждениях цитологи редко предпринимают такие попытки — только в 31,2% всех цитологических заключений. Подобный уровень цитологической диагностики, цель которой при первичном обследовании больных — подтвердить клинический диагноз злокачественной опухоли или воспалительного процесса, вполне удовлетворяет клинициста. Если же клинические данные нетипичны или сомнительны, то цитологическое заключение о злокачественной природе поражения нередко является основным и особенно ценным. Об этом свидетельствует следующее наблюдение.

Больной М., 44 лет. Жалобы на частые простудные заболевания, слабость, припухлость в правой подмышечной области после травмы правой кисти. Рентгенологически: тяжистость в правой и левой прикорневых зонах легких. Анализ крови: л. $9{,}8 \cdot 10^9$, умеренный сдвиг влево (палочкоядерных лейкоцитов 9,5%), СОЭ 37 мм/ч. В правой подмышечной области мягковатый узел диаметром около 2,5 см. При многократных анализах в мокроте обнаружены лейкоциты, плоский эпителий, альвеолярные фаги, единичные спирали Куршмана. Поликлинический диагноз: хроническая пневмония; лимфаденит (?), правосторонний гидраденит (?). Произведена пункция узла в правой подмышечной области. Цитологическое заключение: метастаз мелкоклеточного рака (консультация в ЦЦЛ). Больной направлен в онкологический диспансер с подозрением на рак правого легкого. Окончательный диагноз: периферический рак правого легкого IV стадии; гистологическая форма (по материалам бронхоскопии) — мелкоклеточный рак.

При первичном обследовании больных, помимо констатации злокачественной опухоли (рак, саркома), необходимо также выявить метастазы и системные поражения лимфатических узлов, установить характер воспалительного процесса.

В этих случаях иногда затруднена интерпретация цитологических картин: 1) хронических продуктивных воспалений — воспалительных гранулем (липогранулемы, гранулемы, образующиеся вокруг инородных тел, после травм, операций), когда гистиоциты полиморфны, с полиморфными ядрами и увеличенными ядрышками (рис. 5.7), и их ошибочно расценивают как клетки саркомы или меланомы, при этом цитолог не учитыва-

ет, что ядра светлые, с одинаковым по структуре хроматином, чего при злокачественном росте обычно не бывает; 2) гипер- и метапластических изменений эпителия при воспалительных процессах, когда эпителиальные клетки увеличены в размерах, гиперхромны, с неровными контурами, однако структура хроматина в этих случаях в отличие от рака равномерная, четкая; 3) тяжелых дисплазий (шейки матки, желудка, молочной, щитовидной желез, мочевого пузыря и т. д.) из-за появления атипичных клеток, однако они в отличие от клеток рака интимно связаны с пролиферирующим эпителием; 4) высокодифференцированного рака, клетки которого не имеют резко выраженных признаков злокачественности и могут быть расценены цитологом как доброкачественный процесс, если он не примет во внимание гиперхромию ядер и неровность контуров.

Особенно сложно правильно распознать поражения лимфатических узлов при метастазах низкодифференцированного и мелкоклеточного рака, а также первичных поражений лимфатических узлов при лимфосаркомах и гиперпластических состояниях лимфоидной ткани с преобладанием низкодифференцированных элементов. Частота ошибок в цитологической диагностике злокачественных первичных поражений лимфатических узлов при лимфосаркомах и лимфогранулематозе может достигать 21,4%, при этом они, как правило, имеют характер гиподиагностики. Такие ошибки обусловлены объективными трудностями, возникающими при интерпретации цитологических данных, из-за многообразия цитологических вариантов этих поражений, нерезко выраженных признаков атипичности клеток при многих формах лимфосарком и сходства их с клетками гиперплазированного лимфатического узла. В то же время гиперпластическое состояние лимфатических узлов в 8,6% предположительно расценивается цитологом как лимфосаркома, особенно если в цитограмме преобладают незрелые лимфоидные клетки — лимфобласты.

Относительно большое количество цитологических ошибок (10,2%) объясняется техническими погрешностями при получении материала и приготовлении мазков, в частности при получении отпечатков и соскобов без предварительного удаления некротического налета. В ряде случаев ошибочно пытаются судить по мокроте о раке при обнаружении периферической тени в легком во время рентгенологического исследования, о раке молочной железы по выделениям из соска, когда патологический очаг располагается в глубине органа и с выводными протоками не сообщается, и т. д.

Тактические ошибки в поликлинике общего профиля в определенной мере объясняются тем, что подавляющее большинство обращающихся за помощью больных страдают неопухолевыми заболеваниями. При трактовке цитологических данных врачом, обследующим больного, эти ошибки возникают преимущественно в тех случаях, когда клинически нельзя исклю-

Таблица 5.1

Причины и частота (в процентах) диагностических цитологических ошибок при обследовании больных раком различных локализаций в поликлиниках лечебных учреждений общего профиля

Причина цитологической ошибки	Частота ошибок при взятии цитологического материала из				
	легкого	молочной железы	кожи	шейки матки	прямой кишки
Неправильное взятие мазка, отпечатка, соскоба с поверхности язвы, эрозии, раны	—	14,9*	17,3	16,4	11,7
Неправильное выполнение диагностической пункции (материал взят из ткани, окружающей опухоль)	7,6	23,1	—	—	10,8
Попытка судить о характере процесса по выделениям из соска, мокроте, промывным водам	28,3	58,9	—	—	—
Объективные трудности оценки цитологических картин	8,9	16,1*	9,8	16,8	7,1

* При раке Педжета.

чить злокачественное новообразование, а на основании результатов исследования мазков цитолог дает заключение, что в исследуемом материале имеются только клетки, характерные для воспалительного процесса, или периферическая кровь. Известно, что отсутствие клеток рака в исследуемом материале не дает основания полностью исключить у больного рак. Игнорирование этого принципа может привести к тяжелым последствиям для больного, а именно запоздалому выявлению злокачественной опухоли. Особенно часто такие ошибки возникают в тех случаях, когда в указанной ситуации не проведено повторное цитологическое исследование и не предпринята попытка уточнить диагноз с помощью гистологического исследования. Цитологическая гиподиагностика особенно опасна, если имеющийся у больного рак или другое злокачественное новообразование протекает нетипично или малосимптомно, не давая возможности клинически заподозрить злокачественный процесс. Это можно проиллюстрировать следующим примером.

Больная Ф., 48 лет, обратилась к врачу по поводу припухлости на шее, появившейся после удаления зуба на верхней челюсти. В последний год отмечает частые простудные заболевания с насморком и головной болью. Объективно: на шее справа, позади грудинноключично-сосцевидной мышцы пальпируется лимфатический узел до 3 см в диаметре, ограниченно подвижный, болезненный. Осмотр оториноларинголога: в носоглотке адено-

идные вегетации I степени; лимфаденит; кариес коренных зубов справа. Произведена пункция лимфатического узла. Цитологическое заключение: гиперплазия лимфоидной ткани. Рекомендовано противовоспалительное лечение. Повторно больная обратилась к врачу через $2^1/_2$ мес. Узел на шее увеличился незначительно, появились боли, иррадиирующие в ухо и правый глаз, усилилась заложенность носа. Осмотр оториноларинголога: в носоглотке на своде и правой стенке аденоидные вегетации (?). Выполнена повторная пункция лимфатического узла. Цитологическое заключение: метастаз низкодифференцированного рака. Произведена биопсия ткани носоглотки: низкодифференцированный рак. Поликлинический диагноз: рак носоглотки с метастазом в лимфатический узел шеи (рис. 5.8).

Таким образом, в данном наблюдении ошибка цитологической диагностики повлекла за собой клиническую ошибку, вследствие чего лечение было начато с большим опозданием.

Для того чтобы предотвратить такие ошибки, необходимо тщательно и квалифицированно проводить забор цитологического материала, а также обязательно учитывать клинические проявления болезни и результаты других исследований. В несоблюдении этих правил кроется причина многих ошибок (табл. 5.1).

5.1.4. Ошибки в цитологической диагностике при обследовании онкологических больных в поликлинике онкологического учреждения

В МНИОИ им. П. А. Герцена цитологическое исследование как метод морфологической диагностики на этапе поликлинического обследования используют у всех первичных и повторных больных независимо от локализации процесса и предполагаемого диагноза. Объектом цитологического исследования является разнообразный материал, взятый любым способом из различных патологических очагов: пунктаты любых уплотнений, инфильтратов, опухолевидных образований, опухолей, соскобы с язв, эрозий, перепечатки с тампонов и абразивных щеточек во время эндоскопических исследований, отпечатки с биопсированных кусочков ткани при любом виде эндоскопического исследования, выделения из сосков молочных желез, мокрота, моча, асцитическая и плевральная жидкости, секреты, экскреты.

Цитологические исследования на данном этапе обследования больных проводят с целью: 1) морфологического подтверждения клинического диагноза рака или другого злокачественного новообразования, установленного на основании типичных клинических проявлений и результатов других исследований; 2) уточнения клинически предполагаемого диагноза рака или других злокачественных опухолей при нетипичном их течении в связи с возникающими при этом диагностическими трудностями; 3) выявления рака и других злокачественных опухолей в тех случаях, когда злокачественная природа поражения клиницистом не предполагается; 4) дифференциальной

диагностики злокачественных и доброкачественных опухолей с определением их гистологической формы; 5) выявления регионарных и отдаленных метастазов.

Большое практическое значение имеет то обстоятельство, что цитологическое исследование способно дать информацию на уровне почти гистологической характеристики процесса у значительной части обследуемых в поликлинике больных. Это иногда позволяет избежать выполнения диагностической операции с целью получения материала для гистологического исследования, что особенно важно в тех случаях, когда больным показано комбинированное или комплексное лечение, включающее предоперационное лучевое, химиотерапевтическое или гормональное воздействие.

При выборе оптимального варианта лечения больных клиницист вполне правомерно использует цитологическую информацию о: 1) гистологической форме злокачественной или доброкачественной опухоли; 2) степени дифференцировки рака; 3) первичном или метастатическом характере опухоли; 4) степени распространенности рака или другой злокачественной опухоли путем выявления метастазов в лимфатических узлах, органах, тканях; 5) рецидивах и метастазах рака и других злокачественных опухолей после проведенного лечения; 6) первичном очаге рака в тех случаях, когда на первый план в клинической картине выступает поражение лимфатических узлов, костей, мягких тканей и других органов, а первичный очаг не установлен, при этом цитолог стремится по метастазам определить природу опухоли и ее первичную локализацию.

Гистологический контроль за правильностью цитологических заключений о раке по результатам сопоставления цитологических и гистологических диагнозов, проведенный в 4746 наблюдениях, показал, что частота правильных цитологических ответов составила 92,2±5,2%. Данные о причинах и характере цитологических ошибок при раке и других злокачественных опухолях основных локализаций приведены в табл. 5.2.

Диагностические цитологические ошибки при установлении злокачественности опухоли и определении ее гистологической формы при *раке* объясняются объективными трудностями трактовки цитограмм, в частности высокодифференцированного рака, обусловленными нерезко выраженными признаками атипичности опухолевых клеток. Затруднения могут возникнуть и при особых гистологических формах рака (криброзный, папиллярный, светлоклеточный и др.), цитологические картины которых недостаточно изучены вследствие того, что эти опухоли встречаются относительно редко.

При *неэпителиальных злокачественных опухолях* (саркомы, меланомы, мезотелиомы и др.) цитологическое определение злокачественности неэпителиального происхождения опухолей затруднений не вызывает. Однако установить гистологическую форму цитологу удается только у 58,3±

Таблица 5.2

Степень достоверности цитологической выявляемости рака основных локализаций по результатам сопоставления цитологических и гистологических диагнозов
(% от общего числа гистологически верифицированных диагнозов)

Локализация рака	Рак распознан	Рак не распознан			
		всего	цитологические ошибки	неудачи цитологической диагностики	
				клетки рака дистрофически изменены	материал взят из ткани, окружающей опухоль
Легкое	76,2	23,8	5,7	9,7	8,4*
Пищевод	84,1	15,9	3,0	10,0	2,9
Желудок	73,3	26,7	5,2	11,4	10,1*
Шейка матки	87,3	12,7	5,7	3,1	3,9
Молочная железа	74,9	25,1	4,3	5,8	15,0*
$M \pm \sigma$	79,11±11,6	—	—	—	—

* При повторном заборе материала (пункции, эндоскопия) частота неудач снизилась соответственно с 8,4 до 5%, с 10,1 до 4,3%, с 15 до 5,1%.

±3,9%. Это можно объяснить многообразием и нередко чрезвычайной мозаичностью гистологического строения сарком; существованием так называемых беспигментных меланом, а также нескольких гистологических типов меланом, что затрудняет их дифференцирование от пигментных невусов; присутствием в мезотелиомах двухфазного клеточного компонента и т. д. Все это может явиться объективной причиной цитологических ошибок.

Уточнение степени распространенности злокачественного процесса по метастазам в лимфатических узлах, различных органах и тканях, а также выявление рецидивов и метастазов рака после лечения для цитолога задача сложная, и правильно решить ее удается не более чем в 94% случаев. Такой высокий процент успешной цитологической диагностики в определенной мере можно объяснить тем, что признаки атипичности клеточных элементов злокачественной опухоли по мере ее прогрессирования становятся более выраженными.

Как уже отмечалось, определить исходную локализацию рака или другой злокачественной опухоли по метастазам в лимфатических узлах, печени, костях, легких, мягких тканях при неустановленном первичном очаге иногда трудно, так как в процессе метастазирования клетки первичной опухоли могут утрачивать органоспецифические признаки, на основании которых можно судить о гистогенезе опухоли. В таких случаях частота цитологичеcких ошибок может достигать 20%.

Возможности цитологической диагностики при обследовании больных в поликлинике онкологического учреждения в отличие от обследования в поликлинике общего профиля используют

несравненно более широко и полно. Применение инструментальных методов обследования, позволяющих получить материал непосредственно из очага поражения, а также онкологическое мышление врачей-клиницистов сводят до минимума количество цитологических ошибок, связанных с неправильным получением материала для исследования. Так, ошибки, связанные с неправильным получением материала для цитологического исследования, при раке и других злокачественных опухолях кожи, молочной железы, шейки матки, прямой кишки, в поликлинике онкологического учреждения отмечены лишь в 7,3—11,8% случаев; значительно уменьшаются и трудности интерпретации цитологических находок — до 4,2—8,1%.

5.1.5. Цитологические ошибки на этапе уточняющей диагностики в стационаре онкологического учреждения

Уточняющую цитологическую диагностику в стационаре онкологического учреждения проводят в двух направлениях: 1) уточнение характера и степени распространенности опухолевого процесса и неопухолевых заболеваний до операции у больных, у которых на этапе поликлинического обследования не удалось получить их четкой морфологической верификации; 2) интраоперационная срочная цитологическая диагностика при решении оперирующим хирургом вопросов о характере первичного очага, степени его распространенности и абластичности операционных разрезов.

Уточняющая цитологическая диагностика в стационаре. Как правило, онкологические больные поступают в стационар для хирургического или другого лечения с морфологически верифицированным диагнозом рака или других злокачественных новообразований, причем предварительно уже установлена стадия процесса и уточнены морфологические особенности опухоли. Однако примерно у 7—11% больных, несмотря на использование всех доступных в поликлинических условиях видов диагностического обследования, не удается морфологически верифицировать опухоль и осуществить ее уточняющую диагностику с определением гистологической формы, степени дифференцировки и стадии опухолевого процесса в целом.

В стационарных условиях благодаря возможности широко использовать все виды эндоскопического исследования, включая лапароскопию, торакоскопию с забором материала для цитологического исследования из первичного и метастатических очагов, трансторакальную пункцию, пункцию органов и тканей забрюшинного пространства, малого таза, средостения, печени, создаются условия для решения поставленных выше вопросов. Однако и на данном этапе могут возникать затруднения при проведении уточняющей цитологической диагностики и цитологические ошибки. Они обусловлены: 1) сложностями интерпретации цитологических картин, когда при пункции наряду с опу-

холевыми клетками в исследуемом материале оказываются клетки реактивно измененного мезотелия; 2) отсутствием в исследуемом материале не только опухолевых клеток, но и клеток, характерных для фонового процесса, — пролиферативно-гиперпластического состояния или воспалительно-реактивных изменений эпителия. Это затрудняет установление гистологической формы опухоли, а также определение характера поражения в том или ином органе (первичное или метастатическое). Данные о результативности уточняющей цитологической диагностики и причинах возможных цитологических ошибок представлены в табл. 5.3.

Из данных, представленных в табл. 5.3, видно, что наиболее трудна цитологическая диагностика материала, полученного при трансторакальной пункции, лапароскопии и торакоскопии, поскольку основную массу клеток в исследуемых мазках могут составлять клетки, характерные для сопутствующего раку процесса в виде пролиферативных изменений бронхиального эпителия (дисплазии) или мезотелия. Это затрудняет выявление клеток рака, нередко по размеру и интенсивности окраски не отличающихся от клеток диспластически измененного эпителия или пролиферирующего мезотелия.

Ретроспективный анализ цитологических ошибок показывает, что их количество можно уменьшить, если учитывать тот факт, что, как правило, сохраняется сходство клеток диспластического эпителия и реактивно измененного мезотелия с клетками исходной ткани и тенденция к расположению их в виде рядков (эпителий) или пластов из полигональных клеток (мезотелий).

Уточняющая срочная операционная цитологическая диагностика. Срочные цитологические исследования проводят у онкологических больных во время операций по запросам оперирующего хирурга для решения следующих вопросов: 1) определения характера патологического процесса у больных, у которых до операции не удалось получить морфологическую верификацию рака или другого патологического процесса; 2) уточнения степени распространенности рака и других злокачественных новообразований путем распознавания метастазов в лимфатических узлах, отдаленных метастазов в различных органах и тканях, прорастания опухоли в соседние органы и ткани; 3) установления абластичности операционных разрезов и раневой поверхности.

С целью установления характера патологического процесса оперирующий хирург может направить для срочной цитологической диагностики любые пунктаты, кусочки ткани небольших размеров, непригодные для гистологического исследования, жидкости из серозных полостей (грудной, брюшной, перикарда) и очагов распада, кист, соскобы и отпечатки с патологических очагов любой локализации и лимфатических узлов. Для определения степени распространенности рака и других злокачест-

Таблица 5.3

Результаты уточняющей цитологической диагностики по данным цитологических и гистологических исследований при разных способах получения материала *(% от общего числа гистологически верифицированных диагнозов)*

Способ получения материала для цитологического исследования	Рак распознан					Рак не распознан		
	всего	установлена гистологическая форма и степень дифференцировки	установлена гистологическая форма или степень дифференцировки	без указания на гистологическую форму и степень дифференцирования		всего	опухолевые клетки отсутствуют	преобладают клетки, характерные для сопутствующего процесса
				мало клеток	преобладают фоновые клетки			
Трансторакальная пункция	81,1	24,7	48,3	3,3	4,8	18,9	5,7	13,2
Пункция средостения	80,0	31,4	30,9	9,8	7,9	20,0	12,1	7,9
Пункция, соскоб при лапароскопии	76,6	21,8	32,1	10,3	12,4	23,4	9,3	14,1
Пункция, соскоб при торакоскопии	79,1	14,6	27,1	18,3	17,1	21,9	5,7	16,2
Отпечатки, соскобы, пунктаты при бронхоскопии	89,2	20,4	30,7	19,8	18,3	10,8	4,5	6,3
Отпечатки, соскобы при гастроскопии	84,3	16,0	36,1	10,8	21,4	15,7	7,1	8,6

венных опухолей также могут быть использованы различные объекты. Абластичность операционных разрезов и раневой поверхности обычно устанавливают с помощью исследования соскобов с поверхности резекционных разрезов и смывов с раневой поверхности (исследуют осадок центрифугата). Такое срочное цитологическое исследование способно заменить срочное гистологическое исследование лимфатических узлов. Частота цитологических ошибок при этом не превышает 8,4%, причем метастазы рака правильно распознают в 97,2% случаев.

Срочное цитологическое исследование во время операции является единственно возможным методом срочной морфологической диагностики в тех случаях, если объекты не подлежат гистологической обработке (пунктаты, жидкости, некротические массы), невозможно получить материал для гистологического исследования или срочно обработать тканевой материал, когда требуются декальцинация, дифференцирующие окраски и проведение гистохимических реакций. В таких случаях срочное цитологическое исследование способно заменить срочное гистологическое исследование, но при условии, если имеется типичная цитологическая картина рака или других злокачественных новообразований, когда цитологическое заключение полностью согласуется с операционными находками и мнением оперирующего хирурга.

С помощью срочного цитологического исследования можно получить информацию, дополняющую данные, установленные при срочном гистологическом исследовании, в тех случаях, когда по результатам последнего установить характер патологического процесса трудно (системные заболевания кроветворных органов, обширные очаги некроза).

Дефицит времени при проведении срочного цитологического исследования ограничивает возможности цитологической диагностики. Игнорирование этого факта может привести к диагностическим ошибкам. Так, установление цитологического диагноза рака и других злокачественных новообразований требует относительно немного времени, частота ошибок в этих случаях не превышает 5%. Во время операции такой информации оперирующему хирургу обычно бывает достаточно. Что же касается стремления цитолога определить в каждом конкретном случае гистологическую форму опухоли или детально раскрыть характер неопухолевого поражения, то его нельзя считать оправданным, учитывая хотя бы существенное психологическое воздействие на цитолога ограниченности во времени.

При срочной цитологической диагностике быстро и безошибочно удается идентифицировать гистологическую форму при плоскоклеточном умеренно- и высокодифференцированном раке, умеренно дифференцированном железистом и мелкоклеточном раке. Трудности возникают при дифференциальной цитологической диагностике низкодифференцированного плоскоклеточного и низкодифференцированного железистого рака. Из сарком

с высокой степенью достоверности и быстро определяются фибросаркома, эмбриональная липосаркома, рабдомиосаркома, остеогенная саркома, безошибочно распознаются пигментная меланома и ее метастазы. В остальных случаях, давая срочное заключение, цитолог ограничивается указанием на эпителиальную (рак) или соединительнотканную (саркома) природу опухоли. Попытки детализировать гистологическую форму опухоли и степень ее дифференцировки при срочном цитологическом исследовании неоправданны, поскольку такие заключения могут оказаться ошибочными более чем в 40% случаев.

* * *

В сводной таблице 5.4 приведены характерные ошибки цитологической диагностики при раке и других злокачественных опухолях основных локализаций с указанием причин их возникновения.

5.2. ОШИБКИ В ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ

Гистологическое исследование — ведущий, решающий и завершающий этап диагностики онкологических заболеваний. Его роль непрерывно возрастает в связи со стремлением к ранней диагностике опухолевого процесса и выявлению предопухолевых изменений, фоновых состояний и ранних стадий развития злокачественных опухолей. Совершенствование эндоскопической и оперативной техники, стремление к выполнению органосохраняющих оперативных вмешательств обусловливают необходимость более широкого использования морфологической диагностики опухолей и принципиально новых подходов к ее проведению.

Гистологическое исследование включает три основных этапа. Первый и самый важный этап — установление морфологического диагноза перед началом лечения (хирургическое, химиотерапия, лучевая терапия, гормональное воздействие). Не менее важна роль морфолога на втором этапе — этапе проведения срочного гистологического исследования во время операции. Наконец, наибольшую информацию о характере патологического процесса можно получить на завершающем этапе — при плановом морфологическом исследовании операционного материала.

Каждый этап получения данных о морфологии патологического процесса имеет свои задачи и, к сожалению, ограниченные возможности. Основная задача морфологической диагностики перед началом лечения состоит в верификации характера патологического процесса, при этом необходимо получить четкие ответы на многочисленные вопросы: опухолевый или неопухолевый процесс; злокачественный или доброкачественный; гистологическая форма опухоли или опухолевидного процесса согласно современным классификационным принципам; какова сте-

Таблица 5.4

Характер ошибок в цитологической диагностике и их причины при раке, других злокачественных новообразованиях основных локализаций, неопухолевых процессов

Локализация процесса	Патологический процесс	Характер ошибки	Причины ошибок
Пищевод	Рак	Рак не распознан (гиподиагностика рака)	1. Нерезко выраженные цитологические признаки злокачественности при низкодифференцированном плоскоклеточном раке 2. Обильные некротические массы в материале, полученном при эзофагоскопии 3. Дистрофические изменения клеток опухоли
	Диспластические изменения эпителия при эзофагитах, лейкоплакии, папилломах	Гипердиагностика рака	Неправильная оценка диспластических клеток с признаками атипичности, у которых в отличие от клеток рака отсутствуют неровность контуров ядер, полиморфизм размеров ядер, выраженная полихромазия
Желудок	Рак	Рак не распознан (гиподиагностика рака)	Нерезко выраженные цитологические признаки злокачественности при перстневидно-клеточном раке, высокодифференцированной аденокарциноме, слизистом раке с внеклеточной слизью и с небольшими размерами опухолевых клеток
	Лимфосаркома	Лимфосаркома не распознана	Не учтен полиморфизм ядер, в результате чего клетки пролимфоцитарной, лимфобластной, иммунобластной, плазмоцитарной лимфосаркомы ошибочно расценены как клетки лимфоидной инфильтрации слизистой оболочки желудка
	Карциноид	Неверно определена гистологическая форма опухоли	Не учтены монотонная цитологическая картина, отсутствие клеточного и ядерного полиморфизма (клетки и ядра округлые), разрозненное расположение клеток; эксцентричное расположение ядер и обильная цитоплазма явились причиной того, что клетки карциноида были ошибочно расценены как относящиеся к железистому раку
	Гастриты, язвенная болезнь	Гипердиагностика рака	Неправильная трактовка клеток эпителия при кишечной метаплазии, регенерации краев язвы; не учтены неболь-

			шие размеры ядрышек, равномерный хроматин, базофилия цитоплазмы
Легкое	Рак	Рак не распознан (гиподиагностика рака)	1. Попытка определить характер процесса при периферической опухоли на основании результатов исследования мокроты 2. При перибронхиальном росте опухоли исследованы мазки со слизистой оболочки бронха 3. Затруднения при интерпретации цитограмм бронхиолоальвеолярного рака, клетки которого сходны с клетками пролиферирующего бронхиального эпителия; не учтены гиперхромия ядер и неровность их контуров
	Карциноид	Неверно определена гистологическая форма опухоли	Причина та же, что и при карциноиде желудка
		Опухоль вообще не распознана	Опухолевые клетки ошибочно приняты за клетки пролиферирующего кубического эпителия; не учтены разрозненное расположение опухолевых клеток, обильная цитоплазма, гиперхромия ядер, увеличенные ядрышки
	Атипическая гиперплазия бронхиального эпителия с плоскоклеточной метаплазией	Гипердиагностика рака	Неправильная трактовка метаплазированных атипичных клеток, которые в отличие от клеток рака имеют небольшие размеры, обильную цитоплазму и преимущественно округлую форму
Молочная железа	Рак	Рак не распознан (гиподиагностика рака)	Нерезко выраженные цитологические признаки злокачественности высокодифференцированного криброзного, долькового, папиллярного рака; не учтен главный признак рака — гиперхромия ядер, неровность их контуров
	Пролиферативные формы мастопатии; внутрипротоковая папиллома, аденома соска	Гипердиагностика рака	Не учтено, что при данных процессах в отличие от рака отсутствует гиперхромия ядер, сочетающаяся с неровностью их контуров; в крупных клетках ядра округлые
Шейка матки	Рак	Рак не распознан (гиподиагностика рака)	1. Нерезко выраженный клеточный и ядерный полиморфизм при низкодифференцированном плоскоклеточном раке; не учтены гиперхромия ядер и неровность их контуров

Продолжение

Локализация процесса	Патологический процесс	Характер ошибки	Причины ошибок
			2. Попытка судить о процессе по мазкам, взятым из заднего свода; мазки взяты не специальным шпателем
	Тяжелая дисплазия плоского эпителия; базально-клеточная гиперплазия	Гипердиагностика рака	Неправильная оценка диспластических клеток с признаками атипичности, у которых в отличие от клеток рака отсутствуют неровность контуров ядер, полиморфизм размеров ядер, полихромазия ядер
Полость матки	Рак эндометрия	Рак не распознан	Нерезко выраженный клеточный и ядерный полиморфизм при высокодифференцированной аденокарциноме. Не учтены полиморфизм ядер и разные размеры опухолевых клеток
	Атипическая гиперплазия эндометрия	Гипердиагностика рака	Не учтено, что в клетках с признаками атипичности в отличие от клеток рака отсутствует гиперхромия ядер, сочетающаяся с неровностью их контуров
Яичники	Рак (различные гистологические формы)	Рак не распознан (гиподиагностика рака)	Неправильная трактовка (в асцитической жидкости и пунктатах из заднего свода) цитограмм высокодифференцированного папиллярного рака, основным признаком злокачественности которого является очень скудная цитоплазма; имеется гиперхромия ядер; присутствуют псаммомные тельца
Серозные оболочки грудной и брюшной полостей	Мезотелиома	Неправильно определена гистологическая форма опухоли	Непреодолимые трудности дифференциальной цитологической диагностики железистоподобного варианта мезотелиомы и железистого рака
		Не установлен злокачественный характер	Одноморфность клеток и ядер в некоторых случаях железистоподобных мезотелиом

Кожа	Рак	Неверно определена гистологическая форма рака	Неправильная трактовка цитограмм метатипического рака, ошибочно принимаемого за базалиому, однако имеющего в отличие от базалиомы резко полиморфные ядра
	Меланома	Не распознана злокачественность опухоли	Затруднения при трактовке цитограмм невусоподобного типа меланомы; основные признаки злокачественности — нежная петлистая структура хроматина, увеличенные ядрышки, митозы
		Не установлена гистологическая форма опухоли	При «беспигментной» меланоме
	Опухоли придатков кожи	Неверно определена гистологическая форма опухоли	Многообразие данных опухолей и неизученность их цитограмм. Установление злокачественности опухоли трудностей не представляет
Мягкие ткани	Саркома различного генеза	Неверно определена гистологическая форма опухоли	Объективные трудности дифференциальной цитологической диагностики опухолей сосудистого генеза, параганглиом, однокомпонентных синовиом
Скелет	Саркомы различного генеза	Неверно определена гистологическая форма опухоли	Неизученность дифференциальных цитологических признаков ретикулосаркомы, паральной остеосаркомы, злокачественной мезенхимомы, недифференцированных сарком
Любая	Продуктивное воспаление (псевдоопухоль) с разрастанием гистиоцитарных элементов, фибробластов, фиброцитов; фиброзная дисплазия; оссифицирующий миозит	Гипердиагностика саркомы	Не учтен основной признак цитограмм продуктивного воспаления: при разнообразии форм и размеров клеток воспалительного инфильтрата и полиморфизме ядер имеется равномерная структура хроматина, светлая его окраска; цитоплазма базофильная

пень злокачественности опухоли, так как именно этими параметрами бластоматозного процесса нередко определяется выбор лечебной тактики. Определяют и другие важные в прогностическом плане морфологические факторы, например наличие раковых эмболов в лимфатических и кровеносных сосудах, интенсивность стромальной и паренхиматозной лимфоидно-гистиоцитарной инфильтрации и др. На предоперационном этапе устанавливают также степень распространения опухолевого процесса. Немаловажное значение, особенно при органосохраняющих операциях, имеет оценка фонового состояния окружающих тканей.

Объектом так называемых прижизненных биопсий является материал, полученный из дыхательных путей, желудочно-кишечного тракта, полости рта, пищевода, мочевого пузыря, предстательной железы, тела и шейки матки, канала шейки матки. В настоящее время эндоскопические исследования позволяют осуществлять забор материала с применением специальных методов прижизненного окрашивания слизистой оболочки исследуемого органа, что повышает точность биопсии и расширяет возможности оценки фоновых состояний. Пункционная биопсия предстательной железы, опухолей мягких тканей, костей часто позволяет уточнить клинический диагноз с помощью морфологического исследования. Уточнению распространенности процесса (помимо верификации диагноза) служит и морфологическое исследование материала, полученного при лапароскопии. В итоге тесный контакт морфолога, эндоскописта и клинициста позволяет у большинства больных установить правильный окончательный диагноз и тем самым создать оптимальные условия для рационального планирования лечения.

Первостепенная задача морфологической диагностики в ходе оперативного вмешательства — получить ответ на два основных вопроса, волнующих оперирующих хирургов: во-первых, опухолевая или неопухолевая патология у больного и, во-вторых, каков характер новообразования — злокачественное, доброкачественное, пограничное. Гистологическое заключение определяет в конечном итоге целесообразность и объем хирургического вмешательства, необходимость интраоперационного введения химиотерапевтических препаратов, позволяет произвести маркировку зон поражения, подлежащих в дальнейшем лучевому воздействию, а также при ряде инфекций способствует проведению адекватной и специфической терапии. Важной задачей интраоперационной морфологической диагностики является уточнение распространенности опухолевого процесса. Результаты срочного гистологического исследования различных групп лимфатических узлов, уплотнений и узелковых образований брюшины, плевры, печени, селезенки и т. д., не выявленных в предоперационном периоде, влияют на объем оперативного вмешательства, а иногда и указывают на нецелесообразность его выполнения или расширения. Одна из основных задач интраоперационного мор-

фологического исследования — контроль радикальности оперативного вмешательства, который осуществляют главным образом путем исследования краев операционного разреза тканей и органов, в частности при раке легкого, желудка, пищевода, кишечника. Это особенно важно при выполнении экономных операций, например расширенной радикальной резекции у больных раком молочной железы. На практике срочное морфологическое исследование при диагностических операциях служит своеобразным контролем достаточности биоптата для планового гистологического исследования.

Окончательное гистологическое исследование операционного материала — заключительный этап морфологической диагностики, на котором патологоанатом должен ответить на все вопросы, поставленные клиницистами. При этом необходимо прежде всего оценить макроскопическую картину удаленного материала, обращая внимание на локализацию, размеры, форму новообразования, четкость его границ, консистенцию, цвет, отстояние опухоли от краев резекции, инфильтрацию стенок органа и окружающих тканей, наличие фоновых изменений и мультицентричности опухолевого роста, изучить состояние путей оттока лимфы.

Характеристика микроструктуры включает в себя прежде всего установление гистологического типа опухоли согласно современным морфологическим классификациям, в частности Классификации ВОЗ. Степень дифференцировки опухоли чаще всего устанавливают на основании оценки способности к структурообразованию, полиморфизма, гиперхромии, митотической активности, наличия некроза и некоторых других признаков. Большое внимание уделяют выявлению многокомпонентности опухоли и ее гетерогенности на основании различной направленности дифференцировки опухолевых клеток. Особо отмечают определяемую при исследовании под микроскопом четкость границ опухолевого узла, уровень и характер инвазивного роста, наличие или отсутствие изъязвления, раковых эмболов в сосудах и очагов периневрального распространения опухоли, характер и количество продуцируемого секрета, уровень отложения пигмента, интенсивность лимфоидно-гистиоцитарной инфильтрации, что нередко является отражением иммунного ответа организма. С целью уточнения морфологического диагноза проводят также гистохимическое, иммуноморфологическое и электронно-микроскопическое исследование опухоли.

Обязательным условием полоценного морфологического диагноза является отражение состояния регионарных лимфатических узлов: наличие, количество метастазов и их качественная характеристика (прорастание капсулы, раковые эмболы в лимфатических сосудах). В отсутствие метастазов необходимо отметить наличие синус-гистиоцитоза, ретикулярно-клеточных тяжей, фиброза в синусах. В случаях применения предоперационного лечебного воздействия определяют качественные и количе-

ственные признаки патоморфоза, выявляют признаки возобновления роста опухоли. Полноценная морфологическая характеристика опухолевого процесса на разных этапах позволяет выработать правильную лечебную тактику, оценить результаты проведенной терапии и в конечном итоге составить представление о прогнозе заболевания.

Решающее значение морфологического исследования на всех этапах обследования больного обусловливает исключительную важность анализа возможностей данного метода на каждом конкретном этапе диагностики. Соответственно этапам диагностики все ошибки гистологической диагностики можно условно разделить на три группы: ошибки предоперационной и интраоперационной диагностики, неуверенные заключения при исследовании операционного материала. Причины всех этих ошибок могут быть объективными и субъективными. Объективные причины — ограниченные возможности данного метода при современном уровне знаний и классификационных представлений, невысокий уровень развития и недостаточно широкое внедрение вспомогательных методов исследования (гистоиммуноморфологического, электронно-микроскопического и т. д.). Субъективные причины — низкая квалификация клиницистов, эндоскопистов, морфологов и несовершенное техническое обеспечение получения материала и приготовления препаратов.

Непременным условием качественного проведения морфологического исследования является правильное оформление сопроводительных документов с указанием клинического диагноза, точной локализации и стадии процесса, анамнестических данных, характеристики предоперационного лечения, результатов ранее проведенных гистологических и цитологических исследований, так как все эти данные помогают морфологу правильно взять материал на исследование и объективно оценить микроскопические изменения. Например, метастаз светлоклеточного рака в коже в отсутствие знаний о его клинических проявлениях может быть расценен как светлоклеточная аденома потовых желез или ксантома. Дифференциальная диагностика кератоакантомы и плоскоклеточного рака кожи также невозможна без анамнестических данных о возрасте больного, длительности анамнеза, локализации процесса, склонности его к регрессии. Данные о возрасте больного, длительности анамнеза, размерах образования, результаты наблюдения за ним в динамике помогают морфологу дифференцировать злокачественную меланому от ювенильного невуса, что не всегда возможно при микроскопии. Таких примеров можно привести очень много. Недостаточная информативность морфологического исследования и неуверенные заключения морфолога на предоперационном этапе зависят во многом от квалификации эндоскописта, обеспечивающего морфолога необходимым материалом (в необходимом количестве и хорошего качества). Так, например, для проведения дифференциальной диагностики язвенной болезни желудка

и язвенной формы рака имеет значение количество кусочков, взятых из разных участков язвы и окружающей слизистой оболочки. Оценка изменений в единственном кусочке, взятом на исследование, скорее уведет в сторону от правильного диагноза, чем поможет диагностике. Невозможно объективно оценить и фоновые процессы, особенно при выполнении экономных операций, например при раке желудка, по отдельно взятому участку слизистой оболочки. Исследование биоптата из шейки матки, полученного с помощью конхотома, также часто оказывается недостаточно информативным. Важным условием является детальное описание эндоскопистом визуальных изменений при подслизистом росте опухоли.

Важным моментом морфологического исследования является микроскопическая оценка изучаемого объекта. Например, сектор молочной железы разрезают на пластинки толщиной 1 см, а затем каждую пластинку тщательно осматривают и пальпируют. При этом нельзя удовлетвориться обнаружением одного опухолевого узла, так как возможны множественные зачатки опухоли, отнюдь не представляющие редкость, а их обнаружение ставит под сомнение адекватность экономной операции. При раке молочной железы необходимо провести исследование как минимум трех лимфатических узлов, так как это позволит уточнить стадию заболевания и, следовательно, внести коррективы в лечебную тактику. Обнаружение множественных полипов при раке кишечника настораживает клинициста в плане развития в дальнейшем рецидива заболевания. Диагноз неинвазивного рака или меланомы может считаться достоверным лишь при исследовании большого количества кусочков, взятых из зоны поражения, и выполнения большого количества срезов; при несоблюдении этих условий диагноз всегда вызывает сомнение. В случаях исследования лечебного патоморфоза из опухоли необходимо вырезать пластинку, проходящую через всю площадь среза.

Обязательным условием достоверной морфологической диагностики на всех этапах является хорошее качество гистологических препаратов. Выраженная деформация материала при его получении и приготовлении препаратов, толщина срезов более 7 мкм, высокотемпературное воздействие, неадекватная окраска срезов — вот наиболее частые причины сомнительного заключения.

Правильное оформление сопроводительных документов с указанием клинических данных, правильное получение материала для микроскопического исследования, высокое качество гистологических препаратов — эти условия необходимо выполнять на всех этапах диагностики во избежание получения ошибочных заключений.

По нашим данным, перед началом лечения у одного больного в среднем выполняют 1,5 биопсии, при каждой исследуют 2,5 фрагмента ткани. При исследовании 100 кусочков, взятых

для установления предоперационного диагноза, частота неинформативных заключений составляет 14,5%, сомнительных — 7%. Основные причины неинформативности предоперационных морфологических заключений следующие: неправильное получение материала — не из опухоли, а из слизистой оболочки вблизи опухолевого узла; наличие в биоптате только некротических масс; подслизистый рост опухоли. Все эти причины можно устранить, если взять на исследование большее количество кусочков.

Сомнительные заключения связаны с тем, что получено недостаточное количество материала или, несмотря на достаточное количество кусочков, опухолевые клетки оказываются единичными в препарате. Причиной этого может быть выраженная деформация кусочка при его получении или гистологической обработке, что также не позволяет сделать уверенное заключение. Неуверенные заключения дают также в случаях неинвазивного рака и так называемой сомнительной инвазии. При сравнении результатов предоперационной биопсии и окончательного заключения в 13,5% случаев отмечается расхождение в определении гистологической формы опухоли. Это связано с многокомпонентностью опухоли, развитием диморфных раков, наличием анаплазированных раков без признаков какой-либо дифференцировки, иногда причина кроется в том, что новообразование редко встречается или необычно расположено (например, липосаркома бронха или гортани, зернистоклеточная опухоль). Нередко картина ограничивается неинвазивным раком в биоптате, а при окончательном заключении выявляют инвазивный рост или, наоборот, вся опухоль может быть «унесена» при биопсии и на заключительном этапе диагностики уже не определяется, что бывает, в частности, при раке эндометрия.

В 29% случаев отмечаются различия в оценке степени дифференцировки рака в предоперационном и послеоперационном заключениях. Это прежде всего связано с различной степенью дифференцировки на разных участках опухоли, немаловажное значение имеет и предоперационная терапия, которая, несомненно, влияет на степень дифференцировки новообразования.

При правильном методическом подходе удается добиться высокой эффективности и информативности интраоперационного срочного гистологического исследования. По нашим данным, из 1067 срочных гистологических исследований лишь в 53 (5%) наблюдениях диагноз был сомнительным, причем только в 1% нельзя было с уверенностью установить доброкачественный или злокачественный характер опухоли. В остальных же случаях возникали сомнения в гистологической принадлежности опухоли и наличии микроочагов инфильтративного роста при прединвазивном раке.

Неопределенность заключения иногда была связана с небольшим количеством опухолевых клеток в исследуемом материале.

Нередко возникают ошибки при определении гистологической формы и степени дифференцировки опухоли, обусловленные тем, что интраоперационно обычно исследуется лишь один фрагмент опухолевого узла, а примерно треть опухолей, как известно, имеет гетерогенное строение.

Причиной этих ошибок может быть и деформация среза в процессе его приготовления.

Не следует возлагать большие надежды на срочное гистологическое исследование при интраоперационной диагностике сарком мягких тканей и особенно злокачественных лимфом. Пестрота строения опухолевого узла, а также то, что невозможно рассмотреть детали структуры клеточного ядра и определить митотическую активность при данной патологии, исключают такую возможность. Необходимо обратить внимание и на недопустимость интраоперационного определения лечебного патоморфоза, поскольку для получения достоверных результатов необходимо исследовать срезы практически по всей площади опухоли.

При рассмотрении морфологических ошибок, возникающих на послеоперационном этапе, не следует останавливаться на вопросах дифференциальной диагностики опухолей различных локализаций: в конечном итоге установление правильного диагноза зависит от квалификации патолога и возможности использовать дополнительные методы исследования, особенно иммуноморфологические, без которых гистогенез ряда опухолей всегда будет «приблизительным». В целом категоричное окончательное заключение невозможно сделать в 1,8% наблюдений. Чаще всего это связано с предоперационным лечением, особенно сарком мягких тканей, которое сопровождается значительным патоморфозом, что не позволяет определить гистологическую форму опухоли.

Низкая степень дифференцировки опухоли в отсутствие возможности применить уточняющие методы диагностики — одна из причин неуверенного заключения. Проведение ступенчатых срезов, как правило, помогает установить диагноз, а окончательный анализ позволяет выявить наличие инвазии при внутриэпителиальном раке или неинвазивной меланоме. Однако, и это отражено в Классификации ВОЗ, встречаются случаи так называемой сомнительной инвазии (probably carcinoma), когда имеющиеся изменения нельзя трактовать однозначно и морфологическое заключение звучит, например, так: плоскоклеточный внутриэпителиальный рак шейки матки с сомнительной инвазией.

Из изложенного выше видно, что большинства ошибок на всех трех этапах гистологической диагностики — пред-, интра- и послеоперационной — легче избежать при совместных условиях патолога и клинициста и при условии использования всех современных методов уточняющей морфологической диагностики.

ГЛАВА 6

ОШИБКИ И ОПАСНОСТИ В АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Научных работ, посвященных ошибкам анестезиолога-реаниматолога при лечении онкохирургических больных, практически нет, хотя опасность ошибочных действий, особенно при далеко зашедших процессах, требующих хирургического вмешательства, достаточно велика. Это связано с развивающимися при этом тяжелыми расстройствами дыхания, кровообращения, метаболизма, для устранения которых нередко требуется экстренная помощь, вследствие чего не остается времени на обдумывание оптимальной тактики.

Ошибки могут быть допущены анестезиологом-реаниматологом на всех этапах хирургического и комплексного лечения онкологических больных. Основными причинами ошибок являются недостаточный опыт или низкая квалификация врача, несоблюдение общепринятых принципов обезболивания, реанимации и интенсивной терапии, неполноценное обследование и субъективизм в оценке состояния больного, плохое оснащение медицинского учреждения аппаратурой, оборудованием и медикаментами.

Диагностические ошибки занимают одно из первых мест. К ним относятся неправильная предоперационная оценка функциональных возможностей онкологического больного и нарушений, связанных с основным или сопутствующими заболеваниями, несвоевременная или неправильная диагностика осложнений на этапах общей анестезии и послеоперационной интенсивной терапии.

Лечебно-тактические ошибки в предоперационном периоде чаще всего связаны с дефектами инфузионной терапии и парентерального питания истощенных больных, у которых имеются нарушение проходимости пищеварительного тракта, гиповолемия и метаболические расстройства, а также с недостаточной медикаментозной коррекцией сопутствующих нарушений, обусловленных сердечно-сосудистой или легочной патологией, сахарным диабетом и др. К лечебно-тактическим ошибкам относятся также неправильный выбор метода интра- и послеоперационного обезболивания у больных с тяжелыми системными расстройствами, недостаточное или чрезмерное возмещение операционной кровопотери при обширных онкологических операциях, дефекты послеоперационной коррекции нарушенных функций.

Технические ошибки встречаются значительно реже и в большинстве случаев связаны с недостаточной квалификацией и опытом анестезиолога-реаниматолога, отсутствием должного контроля за его работой со стороны более опытных специалистов. Подобные ошибки обусловлены нарушением установленных технических приемов интубации трахеи и бронхов, катетеризации магистральных вен, правил работы с наркозной и дыхательной аппаратурой.

Необходимо подчеркнуть, что даже у опытных анестезиологов-реаниматологов могут возникнуть технические трудности при анестезиологическом обеспечении операций, производимых у онкологических больных. Например, опухоли гортани, трахеи, бронхов, средостения могут явиться препятствием для применения классических приемов интубации трахеи или бронхов и установления трубки в правильном положении, так как при этом существует опасность нарушения легочной вентиляции. Во избежание осложнений в таких случаях необходимо разработать индивидуальную технику интубации дыхательных путей совместными усилиями анестезиолога, эндоскописта и хирурга.

Организационные ошибки — недостаточное оснащение отделения анестезиологии и реанимации, допуск к проведению анестезии, реанимационных мероприятий и интенсивной терапии недостаточно подготовленных анестезиологов-реаниматологов, неисправность аппаратуры, плохой контроль за работой персонала отделения, особенно в ночное время.

Ошибки при ведении медицинской документации (протоколы обезболивания, истории болезни, карты интенсивного наблюдения, назначения для больных, учетная документация по наркотическим и другим подлежащим учету фармакологическим средствам) могут привести к тяжелым последствиям. Для больных, получающих в процессе интенсивной терапии различные сильнодействующие средства, ошибки в назначениях представляют реальную угрозу их здоровью и жизни. За все подобные ошибки персонал несет юридическую ответственность.

Общие вопросы анестезиологического пособия и интенсивной терапии, ошибки и опасности, возникающие при их проведении, освещены в специальных руководствах по анестезиологии и реаниматологии [Дарбинян Т. М., 1973; Бунятян А. А., 1982; Бунятян А. А. и др., 1984]. В настоящем разделе рассматриваются ошибки и опасности, наиболее часто встречающиеся при лечении онкологических больных.

Предоперационный период. Переоценка функциональных возможностей больного, особенно в том случае, если планируется удаление части или всего жизненно важного органа, пораженного опухолью (легкое, печень, почка), влечет за собой нарастающую декомпенсацию соответствующей функции после операции и нарушение компенсаторных механизмов, что может привести к развитию тяжелых, иногда смертельных осложнений.

В существующих классификациях степени операционного риска — классификации Американской ассоциации анестезиологов (ASA), классификации, предложенной Н. Н. Малиновским и соавт. (1973), В. А. Гологорским (1983), Г. А. Рябовым и соавт. (1983), в том числе у онкологических больных [Александров Н. Н. и др., 1981; Беляков П. Д. и др., 1984], учитывается степень тяжести физического статуса больного, а в некоторых из них и тяжесть предстоящего оперативного вмешательства. Однако, несмотря на сложность большинства классификаций, ни в одной не содержится конкретных критериев «функциональной операбельности» и прогноза.

Предоперационное обследование онкологических больных проводят по общим принципам обследования хирургических больных, в случае необходимости применяют специальные методы исследования иммунологического и эндокринного статуса (при подозрении на глубокое нарушение деятельности этих систем). В отсутствие клинически выраженных функциональных нарушений можно использовать простой информативный комплекс предоперационных исследований: общий анализ крови и мочи, биохимические исследования (глюкоза, общий белок, мочевина, креатинин, билирубин), определение группы крови и резус-фактора, исследование крови на вирус иммунодефицита человека (ВИЧ), измерение артериального давления (АД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС), электрокардиография, рентгенография органов грудной клетки. В случае выявления на основании данных анамнеза и результатов первичного обследования каких-либо нарушений или сопутствующих заболеваний онколог при наличии показаний к хирургическому лечению больного должен привлечь для консультации анестезиолога, определяющего тактику уточнения функциональной операбельности и предоперационной подготовки больного. При тяжелой сопутствующей патологии систем дыхания и кровообращения, центральной нервной системы и др. (например ИБС, печеночная или почечная недостаточность, сахарный диабет, генерализованная миастения) целесообразна консультация специалиста соответствующего профиля или даже кратковременная госпитализация больного в профильный стационар для уточнения характера и степени расстройств и назначения их целенаправленной предоперационной коррекции. В остальных случаях анестезиолог сам определяет комплекс дополнительных диагностических исследований, выполняемых амбулаторно или в онкологическом стационаре.

У пожилых и лиц старческого возраста, а также у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (гипертоническая болезнь, ИБС, аритмии сердца, сердечно-сосудистая недостаточность и др.) наиболее информативны поликардиографическое исследование с дозированной велоэргометрической нагрузкой и фармакологическими пробами с нитроглицерином, β-адреноблокирующими препаратами, калием [Ольбинская Л. И., Лит-

вицкий П. Ф., 1986]. При подозрении на недостаточность кровообращения информативен тест с быстрым введением в вену небольших количеств жидкости (200—400 мл в течение 10 мин). Если при этом повышается центральное венозное давление (ЦВД), то необходимы медикаментозное поддержание сердечной деятельности и соблюдение осторожности при проведении инфузионной терапии во избежание перегрузки левых отделов сердца и развития отека легких [Стручков В. И. и др., 1977; Долина О. А. и др., 1983].

Предоперационную подготовку онкологических больных с сопутствующей гипертонической болезнью, ИБС и аритмиями сердца следует проводить по общим правилам [Метелица В. И., 1987]. Плановые операции больным после инфаркта миокарда можно производить не ранее чем через 6 мес. В более ранние сроки операция может быть выполнена только при наличии срочных показаний (усиление нарушения проходимости дыхательных путей, острая кишечная непроходимость и др.). Ошибкой следует считать проведение предоперационной подготовки больных с сопутствующей гипертонической болезнью препаратами раувольфии, которые обусловливают осложненное течение наркоза и послеоперационного периода, а также нестабильность артериального давления в результате ослабления действия наркотических анальгетиков [Кудрин А. М., 1977]. Из антигипертензивных средств при подготовке этих больных к операции целесообразнее применять адренопозитивные препараты типа клофелина (клонидин), стабилизирующие гемодинамику и повышающие эффективность интра- и послеоперационного обезболивания за счет усиления действия наркотических анальгетиков [Игнатов Ю. Д., 1986; Зайцев А. А., 1986, 1988; Трахтенберг А. Х. и др., 1987].

Ошибочно не проводить специальные исследования функции дыхания у больных, у которых имеются клинические признаки дыхательной недостаточности, а также перед всеми торакальными операциями, особенно связанными с удалением части или всего легкого. Спирография позволяет определить объем и резерв дыхания, установить степень дыхательной недостаточности и характер вызвавших ее нарушений: обструктивный или рестриктивный тип [Шик Л. Л., Канаева М. М., 1980]. У больных раком легкого и пищевода, часто страдающих хроническими бронхитами, в том числе постлучевого происхождения, особую диагностическую ценность имеют показатели механики дыхания, например легочные объемы, определяемые с учетом фактора времени, форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ) — индекс Тиффно. Этот показатель — графическая характеристика форсированного выдоха в течение 1—3 с после максимального вдоха. ФЖЕЛ, в 3 раза превышающая дыхательный объем (7 мл на 1 кг массы тела), является нормой и обеспечивает эффективный кашель. В норме в течение 1-й секунды происходит выдох 75—85% ЖЕЛ, а в течение после-

дующих 2 с — остальной ее части. При обструкции дыхательных путей этот показатель снижается. Установлено, что в предоперационном периоде при величине ФЖЕЛ менее 50% от нормы (1,75—2 л) у 30% больных развивается послеоперационная дыхательная недостаточность [Larsen R., 1985]. В этих случаях дополнительным диагностическим тестом является применение бронходилататоров. Увеличение спирографических объемов под их влиянием более чем на 15% свидетельствует об эффективности медикаментозной коррекции бронхиальной обструкции, а отсутствие эффекта является плохим прогностическим признаком [Larsen R., 1985].

Нарушения дыхания, влияющие на газообмен (P_{aO_2} ниже 75 мм рт. ст. и P_{aCO_2} выше 45 мм рт. ст.), являются признаком тяжелого поражения аппарата дыхания. Исключение составляют больные старческого возраста, у которых нижняя граница нормы P_{aO_2} составляет 65 мм рт. ст. Стойкая гиперкапния до 55 мм рт. ст. свидетельствует о дыхательной недостаточности II степени, а выше 55 мм рт. ст. — III степени [Шик Л. Л., Канаева М. М., 1980]. Предоперационная респираторная терапия, включающая в случае необходимости повторные бронхоскопии для санации и сеансы дыхания с положительным давлением в конце выдоха, может способствовать значительному увеличению объема и резерва дыхания, улучшению газообмена и уменьшению степени дыхательной недостаточности, а следовательно, опасности наркоза и операции [Малышев В. Д., 1988].

Во избежание развития тяжелых осложнений во время и после операции, в предоперационном периоде должны быть компенсированы нарушения белкового, водно-электролитного и углеводного обмена. Показатели важнейших констант метаболизма, которые необходимо исследовать у больных перед операцией, приведены в «Справочнике по анестезиологии и реаниматологии» под редакцией А. А. Бунятяна (1982).

Анестезиологическое пособие. В онкохирургии сохраняется тенденция к повышению радикализма оперативных вмешательств при местно-распространенном опухолевом процессе, что приводит к увеличению количества чрезвычайно травматичных, обширных и длительных операций, сопровождающихся большой кровопотерей. Вследствие этого возрастает операционный риск и повышаются требования к анестезиологическому обеспечению онкологических операций.

Последствия недостаточной защиты организма больного от хирургической травмы не ограничиваются нестабильным течением наркоза во время операции. Она приводит к многообразным расстройствам гомеостаза, нарушая иммунные, эндокринные, сердечно-сосудистые, метаболические и другие механизмы, в результате чего осложняется течение послеоперационного периода и может ухудшиться исход лечения. Это особенно опасно для онкологического больного, у которого вследствие поврежда-

ющего воздействия предоперационной лучевой и химиотерапии снижена иммунореактивность. В связи с этим правильный выбор метода анестезии — эффективного и безопасного для онкологического больного — имеет важное значение для исхода хирургического и комбинированного лечения.

Несмотря на достаточно широкий арсенал современных средств общей анестезии, включающий разнообразные общие анестетики, наркотические анальгетики и психотропные средства, а также методы регионарной анестезии, проблему достижения адекватной анестезии при обширных операциях в онкологии нельзя считать окончательно решенной, хотя благодаря постоянному совершенствованию методов анестезии ее качество продолжает улучшаться.

Для подавляющего большинства онкологических больных различные варианты мононаркоза мало приемлемы из-за их недостаточной эффективности и органотоксичности. Это в особенности касается фторотана, который продолжают достаточно широко применять в онкохирургических учреждениях, несмотря на его кардио-, гепато- и нефротоксичность. С целью уменьшения органотоксичности и повышения эффективности обезболивания наиболее оправдано применение многокомпонентных методов общей анестезии на основе наркотических анальгетиков в сочетании с транквилизаторами, нейролептиками, общим анестетиком калипсолом, а при необходимости — с ганглио- и β-адреноблокирующими препаратами [Бунятян А. А. и др., 1981; Дарбинян Т. М. и др., 1983; Лян Н. В. и др., 1986; Осипова Н. А. и др., 1988, и др.]. При этом вследствие взаимного потенцирования действия компонентов анестезии достигается достаточный уровень обезболивания при минимальных дозах общих анестетиков и без повреждения основных функций организма онкологического больного.

С целью предупреждения предоперационного эмоционального стресса и связанного с ним истощения эндокринных механизмов непосредственную медикаментозную подготовку к наркозу (премедикацию) целесообразно проводить психотропными средствами: седуксен по 0,15 мг/кг и дроперидол по 0,07 мг/кг (при наличии гиповолемии не более 0,05 мг/кг) в сочетании с атропином в общепринятой дозе и, по показаниям, промедолом. Такая премедикация устраняет эмоциональный стресс при поступлении больного в операционную, облегчает его введение в наркоз, потенцирует эффект общих анестетиков.

Надежным и безопасным методом общего обезболивания в онкологической хирургии является поликомпонентное обезболивание на основе фентанила — 0,002 мг/(лг·ч), калипсола — 1,23 мг/(кг·ч), седуксена — 0,09 мг/(кг·ч), дроперидола — 0,03 мг/(кг·ч) и закиси азота — от 0 до 66% [Осипова Н. А. и др., 1986, 1987]. Важным принципом этого метода анестезии является создание надежного уровня нейровегетативной защиты к началу хирургического вмешательства, поэтому дозы общих

анестетиков в 1-й час операции в 2—3 раза превышают поддерживающие дозы в последующие часы. При такой тактике даже обширные торакальные и абдоминальные операции проходят при стабильных показателях кровообращения, ЭКГ, КЩС, электролитного баланса и без стрессовых эндокринных реакций.

Достоинство этого метода состоит в том, что он может быть успешно применен при внеполостных онкологических операциях (радикальная мастэктомия, иссечение опухолей мягких тканей, ампутация конечностей и др.), при этом сохраняется самостоятельное дыхание больного и нет необходимости в интубации трахеи. Вследствие минимального повреждающего действия общей анестезии на организм онкологического больного достигается быстрая посленаркозная реабилитация и ранняя активизация больных в ближайшем послеоперационном периоде, что способствует профилактике тромбоэмболических и легочных осложнений. Метод прост и более экономичен по сравнению с традиционно применяемым в этих случаях эндотрахеальным наркозом, при этом исключаются связанные с ним осложнения.

Тактика анестезиолога при внутриполостном кровотечении должна быть в обязательном порядке согласована с хирургом-онкологом. Как правило, появление признаков значительного кровотечения, сопровождающегося снижением артериального давления, уровня гемоглобина и гематокрита, служит показанием к выполнению экстренной операции даже у инкурабельных больных. При наличии острой гиповолемии с артериальной гипотензией возмещение кровопотери начинают немедленно после установления диагноза внутреннего кровотечения. Продолжая трансфузионную терапию, больного доставляют в операционную, не дожидаясь полной нормализации гемодинамических показателей. Современные средства общей анестезии позволяют выполнить операцию по остановке кровотечения на фоне интенсивной трансфузионной терапии даже при нестабильной гемодинамике. В этих случаях предпочтительны комбинированные методы общей анестезии на основе оксибутирата натрия или кетамина в сочетании с препаратами, применяемыми для нейролептаналгезии. Оксибутират натрия и кетамин обладают способностью стимулировать кровообращение, поэтому они показаны у больных, находящихся в критическом состоянии, в том числе при геморрагическом шоке. Оптимальные дозы кетамина 1—1,5 мг/(кг·ч), оксибутирата натрия 50—70 мг/(кг·ч). Достоинство оксибутирата натрия состоит также в том, что он обладает свойствами антигипоксанта, а это имеет большое значение в условиях анемической гипоксии. Описанные методы общей анестезии позволяют применить у больных с острой кровопотерей активную хирургическую тактику с целью ликвидации очага кровотечения, избежав опасной депрессии кровообращения во время наркоза и операции.

У больных со злокачественными опухолями пищеварительного тракта ошибки и опасности во вре-

мя операции и в послеоперационном периоде наиболее часто возникают при наличии явной и особенно скрытой гиповолемии, связанной с нарушением проходимости пищеварительного тракта и процессов всасывания (рак пищевода, выходного отдела желудка, толстой кишки с явлениями частичной или полной кишечной непроходимости), желудочно-кишечным кровотечением, потерями жидкости при рвоте и поносе. Выявление резко выраженной и быстро развивающейся гиповолемии не вызывает затруднений, поскольку при этом отмечаются артериальная гипотензия, тахикардия, снижение пульсового давления, периферическая вазоконстрикция. Особенно опасна скрытая гиповолемия, не подвергающаяся целенаправленной предоперационной коррекции. При постепенном уменьшении внутрисосудистой жидкости до половины объема могут не выявляться четкие клинические признаки, поэтому ее потери в предоперационном периоде не восполняются [Рябов Г. А. и др., 1983]. Косвенными признаками гиповолемии являются уменьшение диуреза, повышение гематокрита и концентрации азотистых шлаков в крови, а при недостаточной периферической циркуляции — развитие метаболического ацидоза. В предоперационном периоде дефицит жидкости должен быть восполнен до восстановления нормального диуреза (не ниже 60 мл/ч) и гематокрита (не выше 54 % у мужчин и 47 % у женщин).

При некорригированной предоперационной гиповолемии вводный наркоз приводит к развитию сердечно-сосудистого коллапса, в связи с тем что большинство общих анестетиков (барбитураты, препараты, применяемые для нейролептаналгезии, фторотан и др.) обладают вазодилатирующими и кардиодепрессорными свойствами. В случае необходимости выполнить экстренную операцию по поводу кровотечения у больного со злокачественной опухолью пищеварительного тракта средствами выбора для общей анестезии являются кетамин или оксибутират натрия в сочетании с седуксеном и фентанилом. Анестезию следует начинать на фоне интенсивной терапии кровью, коллоидными и кристаллоидными растворами, ориентируясь на изложенные выше принципы.

Сердечно-сосудистый коллапс, развивающийся во время наркоза, может иметь нежелательные последствия (ишемия миокарда, аритмии сердца, резкое нарушение микроциркуляции с развитием метаболического ацидоза и др.), требующие отказа от оперативного вмешательства. Выполнение же операции на фоне артериальной гипотензии сопряжено с опасностью возникновения послеоперационной несостоятельности пищеводных, желудочных и кишечных анастомозов вследствие их недостаточного кровоснабжения в условиях низкого системного артериального давления.

Неустраненная предоперационная гиповолемия и недостаточная коррекция метаболических расстройств у больных со злокачественными опухолями пищеварительного тракта сильно

затрудняют полноценную интра- и послеоперационную коррекцию волемии, метаболизма и поддержание стабильной гемодинамики в условиях полного голодания больных в течение нескольких дней после операции, что также ухудшает репаративные процессы и способствует развитию послеоперационных хирургических осложнений.

У больных со злокачественными опухолями пищеварительного тракта нередко создаются условия, предрасполагающие к аспирации желудочного содержимого в дыхательные пути во время проведения общей анестезии и в послеоперационном периоде. Незнание или недоучет этих условий приводит к регургитации и аспирации желудочного содержимого, стремительному развитию аспирационного синдрома и двусторонней пневмонии с острой дыхательной недостаточностью.

Необходимо иметь в виду, что при раке желудка с непроходимостью пилорического отдела, опухолях кишечника, асците, больших внутрибрюшинных опухолях значительно повышается внутрижелудочное давление [Оркин Ф. К., Куперман Л. Х., 1985]. Во время вводного наркоза оно еще больше повышается под влиянием деполяризующих мышечных релаксантов в фазе мышечной фибрилляции. С целью предупреждения повышения внутрижелудочного давления в начале вводного наркоза следует применять небольшие дозы антидеполяризующего релаксанта (3—5 мг тубарина, 1—2 мг ардуана), на фоне которого миопаралитическое действие деполяризующего релаксанта развивается без фазы фибрилляции мышц.

Попаданию желудочного содержимого в пищевод, а затем в глоточное пространство способствует также несостоятельность кардиального сфинктера. Недостаточность кардии отмечается при указанных выше онкологических заболеваниях, вызывающих переполнение желудка, а также при введенном в желудок зонде у больных преклонного возраста. Снижению тонуса пищеводно-желудочного сфинктера способствуют также применение атропина при подготовке больного к наркозу, сам наркоз и тотальная мышечная релаксация [Brock-Utne J. G. et al., 1978].

Дополнительный предрасполагающий к аспирации фактор в виде повышенной кислотности желудочного содержимого (pH ниже 2,5) у онкологических больных с поражением пищеварительного тракта, как правило, отсутствует, поэтому в случае аспирации речь идет не о так называемом синдроме Мендельсона, отличающемся особо агрессивным течением, а об аспирации содержимого желудка, в котором содержится большое количество грамотрицательных бактерий, вызывающих впоследствии тяжелую двустороннюю пневмонию.

Правильное понимание механизмов аспирации лежит в основе ее профилактики, заключающейся в использовании ряда специальных тактических приемов. При застое желудочного содержимого перед доставкой больных в операционную следует

осторожно произвести его эвакуацию с помощью зонда, при этом необходимо учитывать локализацию опухоли во избежание ее повреждения и возникновения кровотечения. Зонд удаляют перед началом вводного наркоза, так как он может привести к развитию несостоятельности пищеводно-желудочного сфинктера и облегчает регургитацию. Применение препаратов антисекреторного типа (циметидин), способствующих снижению секреции и кислотности желудочного сока, существенного значения не имеет, поскольку застой в желудке у онкологических больных этого профиля имеет чисто механическую природу.

Лучшим способом предотвращения аспирации желудочного содержимого у таких больных является быстрое проведение вводного наркоза (после предварительного опорожнения желудка через зонд) на фоне ингаляции чистого кислорода. С этой целью внутривенно вводят небольшие дозы антидеполяризующего миорелаксанта (прекураризация тубокурарином из расчета 0,07 мг/кг, ардуаном в дозе 0,017 мг/кг), один из общих анестетиков в сочетании с фентанилом в общепринятых дозах и миорелаксант сукцинилхолинового ряда (дитилин в дозе 1,5 мг/кг). Проводить вспомогательную или искусственную вентиляцию легких через маску наркозного аппарата у больных, у которых существует угроза возникновения регургитации, опасно, в связи с тем что дыхательная смесь может легко попасть в желудок и вытеснить желудочное содержимое. Тотчас после выключения самостоятельного дыхания выполняют интубацию трахеи и немедленно раздувают трахеальную манжету. Все манипуляции лучше производить в горизонтальном положении больного и иметь наготове отсасывающий аппарат.

При нарушении указанных правил и развитии аспирации лечение заключается в немедленном отсасывании желудочного содержимого из ротоглотки, выполнении интубации трахеи, проведении туалета дыхательных путей и осуществлении искусственной вентиляции легких воздушной смесью с высоким содержанием кислорода (до 100%). При обильной аспирации, особенно с примесью плотных частиц, необходимо немедленно произвести санационную бронхоскопию. Промывать дыхательные пути какими-либо растворами нецелесообразно, так как это способствует распространению аспирированного содержимого во все отделы легких на фоне искусственной вентиляции. Допустимо интратрахеальное введение 5—10 мл изотонического раствора натрия хлорида для облегчения эвакуации аспирата. Во время санационной фибробронхоскопии содержимое дыхательных путей берут для бактериологического исследования и определения чувствительности микрофлоры к антибиотикам.

В том случае, если аспирация произошла во время вводного наркоза, операцию следует отложить и перевести больного в отделение интенсивной терапии для проведения респираторной терапии, включающей введение препаратов с целью устранения бронхиолоспазма (атропин, алупент), осуществление мероприя-

тий для предотвращения гиперергического отека интерстициальной ткани и пневмонита (аэрозольные ингаляции с использованием глюкокортикоидов, создание положительного давления на выдохе, системное введение большой дозы глюкокортикоидов — в 1-е сутки до 200—300 мг преднизолона), а также проведение целенаправленной антибактериальной терапии с учетом результатов бактериологического исследования содержимого дыхательных путей [Зильбер А. П., 1982]. В случае развития тяжелого аспирационного пневмонита показано проведение искусственной вентиляции легких с сохранением положительного давления в конце выдоха в сочетании с мероприятиями с целью коррекции КЩС и предотвращения синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания в системе малого круга кровообращения (реополиглюкин, ацетилсалициловая кислота, гепарин).

Наиболее опасное осложнение, связанное с ошибочной тактикой анестезиолога-реаниматолога при лечении больных с опухолью легкого или средостения, — острое нарушение проходимости дыхательных путей (асфиксия). Она может возникать как внезапно (при кровотечении или отрыве опухоли трахеи и бронхов), так и вследствие причин, которые анестезиолог-реаниматолог может предвидеть и заранее устранить.

Наиболее частой причиной асфиксии у больных со злокачественными опухолями легких является острое кровотечение в просвет дыхательных путей из аррозированного опухолью или воспалительным процессом сосуда. Тактика анестезиолога-реаниматолога при легочном кровотечении в отличие от всех других видов хирургических кровотечений имеет особенности. При кровотечении в просвет дыхательных путей основная опасность состоит не в кровопотере как таковой (она чаще всего несущественна), а в быстро наступающей обструкции трахеобронхиального дерева кровью, быстро превращающейся в сгустки, в результате чего развивается нарастающая асфиксия. В этом случае реанимационные мероприятия начинают с восстановления проходимости дыхательных путей. Производят интубацию бронхов двухпросветной трубкой Карленса (если сознание больного сохранено, то предварительно вводят 0,3 мг/кг седуксена, 0,002 мг/кг фентанила и 1,5 мг/кг дитилина) с последующим разобщением обоих легких путем раздувания манжет и аспирацией крови поочередно из каждого канала трубки на фоне искусственной вентиляции контралатерального легкого.

В случае наступления клинической смерти от асфиксии сразу после раздельной интубации бронхов приступают к сердечно-легочной реанимации по общепринятым правилам, проводя ее одновременно с санацией дыхательных путей, для чего требуется участие двух-трех врачей. Положение облегчается, если локализация опухоли известна. В этом случае после освобождения от крови здорового легкого и обеспечения его адекватной

вентиляции переходят к удалению крови из бронхов пораженного легкого и последующему фибробронхоскопическому исследованию для уточнения и устранения источника кровотечения. Если остановить кровотечение с помощью эндоскопических методов невозможно, то выполняют экстренную операцию — удаляют соответствующую часть легкого или целое легкое. Большое значение имеет тщательная эндоскопическая очистка дыхательных путей от крови и сгустков во избежание развития в последующем аспирационной пневмонии.

Потенциальная опасность асфиксии имеется у больных с частичным нарушением проходимости трахеи, вызванным опухолью, расположенной внутри ее просвета или сдавливающей трахею извне. В этих случаях тактические ошибки могут быть допущены анестезиологом-реаниматологом уже на этапе эндоскопической диагностики даже в случае отсутствия у больного четкой клинической симптоматики нарушения проходимости дыхательных путей. Для поддержания нормальной проходимости дыхательных путей у этих больных большое значение имеет сохранение нормального мышечного тонуса. Применение мышечных релаксантов во время выполнения трахеобронхоскопии под наркозом при длительном сдавлении трахеи опухолью с вторичной трахеомаляцией и расширением трахеи может привести к коллапсу трахеи, обструкции ее окружающими тканями и асфиксии [Оркин Ф. К., Куперман Л. Х., 1985]. В связи с этим может потребоваться немедленная трахеостомия или интубация трахеи с проведением узкой трубки ниже места препятствия (в зависимости от уровня расположения опухоли). Во избежание упомянутых расстройств интубацию трахеи перед началом операции при наличии стеноза трахеи лучше выполнять при сохраненном сознании больного под контролем фиброскопа с местной анестезией дыхательных путей. После установления эндотрахеальной трубки ниже локализации препятствия можно приступать к проведению общей анестезии с мышечной релаксацией.

При осуществлении анестезии и операций по поводу опухолей легких нарушение проходимости дыхательных путей — наиболее частое осложнение, связанное с техническими погрешностями.

Главным условием предотвращения интраоперационной обструкции дыхательных путей частицами опухоли, кровью или бронхиальным секретом является разобщение пораженного и здорового легкого, достигаемое с помощью интубации трахеи и бронхов. При выполнении операции на правом легком или удалении опухоли средостения путем правосторонней торакотомии ошибки наименее вероятны ввиду более выгодного расположения канала трубки Карленса по отношению к просвету правого главного бронха без интубации последнего, что облегчает санацию правого бронхиального дерева и исключает смещение трубки во время хирургических манипуляций.

При операциях на левом легком в случае его удаления использование трубки Карленса, связанное с введением левого канала трубки в левый главный бронх, создает неудобства на этапе пересечения левого главного бронха. Во время ушивания культи левого главного бронха с помощью механического сшивающего аппарата необходимо подтянуть трубку за пределы бронха во избежание повреждения манжеты или прошивания самой трубки. Смещение же трубки Карленса из типичного положения сопряжено с неполноценной вентиляцией правого легкого, к тому же при этом возникает опасность постепенного нарастания нарушений газообмена, которые могут быть недооценены анестезиологом и явиться причиной посленаркозной гипоксической депрессии центральной нервной системы, а впоследствии отразиться на результатах заживления раны и бронхиального шва. При ручном способе обработки открытой культи левого главного бронха использование трубки Карленса приводит к нарушению герметичности дыхательного контура, сбросу наркозных газов через зияющий просвет бронха, нарушению вентиляции правого легкого и сильно осложняет работу хирургов.

В связи с этим многие специалисты при выполнении операции на левом легком предпочитают использовать обычную однопросветную трубку с манжетой, которую вводят на время осуществления манипуляций на левом легком в правый главный бронх. Однако и в этом случае возможна ошибка, связанная с недоучетом особенностей анатомического строения правого бронихального дерева: трубку вводят ниже устья верхнедолевого бронха, в результате чего возникает ателектаз верхней доли справа. Правильную установку трубки в правом главном бронхе и ее надежную наружную фиксацию необходимо контролировать аускультативно для подтверждения полноценной вентиляции всего правого легкого, включая верхнюю долю. Аускультативный контроль следует осуществлять на протяжении всего периода интубации правого бронха. Если анестезиолог не заметил, как трубка проскользнула ниже места отхождения верхнедолевого бронха, то возникает длительный ателектаз правой верхней доли с последующим развитием послеоперационной пневмонии.

Особые технические трудности возникают при осуществлении анестезиологического пособия во время выполнения хирургических вмешательств по поводу опухоли трахеи. Резекция трахеи, иногда с частью одного или обоих главных бронхов требует применения специальной техники искусственной вентиляции легких в условиях разобщения, а затем анастомозирования проксимального отдела трахеи и дистальной части дыхательных путей или их протезирования. Лучшим способом поддержания нормального газообмена в этих случаях является система шунт — дыхание или автоматическая высокочастотная искусственная вентиляция легких, которая обеспечивает также

оптимальные условия для работы хирургов, так как не сопряжена с обычными экскурсиями «дышащих» легких. Частой причиной ошибок при проведении высокочастотной искусственной вентиляции легких (разрывы ткани легкого, нарушение гемодинамики, неэффективный газообмен и др.) служит недостаточная согласованность действий хирурга, обеспечивающего правильное положение в дыхательных путях стерильного катетера для инжекционной вентиляции, и анестезиолога, регулирующего работу дыхательного аппарата и осуществляющего динамический контроль за эффективностью газообмена [Выжигина М. А., Гиммельфарб Г. Н., 1988].

Нередко технические ошибки возникают при оказании анестезиологического пособия больным с опухолями, расположенными в непосредственной близости от трахеи или входа в гортань, — опухолями гортани, глотки, корня языка, щитовидной железы. Травма опухоли ларингоскопом или эндотрахеальной трубкой может привести к острой обструкции дыхательных путей опухолевыми массами либо кровью. Опасность возникновения этого осложнения особенно велика у больных, предварительно подвергавшихся лучевому лечению, после которого в зависимости от времени, прошедшего после его окончания, отмечаются повышенная рыхлость, потеря эластичности, индурация тканей, нарушение нормальных анатомических взаимоотношений. В этих условиях наиболее безопасны и атравматичны ларингоскопия и назотрахеальная интубация с помощью фибробронхоскопа, который обеспечивает хороший обзор и позволяет быстро устранить обструкцию дыхательных путей в случае ее возникновения.

Даже при соблюдении указанных условий иногда невозможно ввести эндотрахеальную трубку, поэтому в связи с опасностью нарастания асфиксии все должно быть заранее подготовлено к выполнению экстренной трахеостомии и транстрахеальной искусственной вентиляции легких. Обеспечение надежной проходимости дыхательных путей во время вводного наркоза и полная герметизация трахеи манжетой эндотрахеальной трубки являются залогом успешного течения наркоза у этих больных при выполнении операций по поводу опухолей гортани, глотки и языка.

После операций на шее и гортаноглотке с применением эндотрахеального наркоза без трахеостомии нарушение проходимости дыхательных путей может нарастать постепенно вследствие травматического отека мягких тканей, а также в связи с образованием гематомы в этих областях. В подобных случаях полная обструкция дыхательных путей и асфиксия могут наступить внезапно (при перемене положения тела, глотательных движениях и пр.), в связи с чем возникает необходимость произвести срочную трахеостомию в неподготовленных условиях. Вследствие этого больные даже с умеренно выраженным стридором после операций на гортаноглотке и органах шеи должны

быть помещены в отделение интенсивной терапии, где за ними будет установлено наблюдение и в случае необходимости своевременно выполнена трахеостомия.

Послеоперационная интенсивная терапия. Характер и объем такой терапии зависят от выполненного больному оперативного вмешательства, возникающих после него осложнений и исходного функционального состояния больного. Общие принципы послеоперационной интенсивной терапии — поддержание нормального объема циркулирующей крови (ОЦК) и ее компонентов, адекватного кровообращения, функций дыхания, печени, почек, метаболизма.

Основной метод лечения больных после обширных онкологических операций, особенно на органах пищеварительного тракта, — инфузионная терапия, осуществляемая под контролем артериального давления, частоты сердечных сокращений и центрального венозного давления (норма 50—120 мм вод. ст.) и включающая все необходимые компоненты для восполнения энергетических потребностей, потерь воды, электролитов, белка. С этой целью вводят растворы глюкозы, коллоидные и кристаллоидные растворы, лактасол, аминокислоты, белковые препараты, жировые эмульсии [Хартиг В., 1982]. В зависимости от характера операции в течение 1-х суток после операции вводят от 500 до 1300 мл растворов на 1 $м^2$ поверхности тела больного, в течение 2—3-х суток — от 750 до 1500 мл/$м^2$ [Белоярцев Ф. Ф., 1982]. Гемотрансфузии следует проводить только при уровне гемоглобина ниже 100 г/л во избежание развития осложнений, связанных с введением консервированной крови. Онкологическим больным с анемией без гиповолемии показано введение эритроцитной массы.

После обширных операций у облученных больных в послеоперационном периоде нередко развивается артериальная гипотензия, связанная с недостаточной сократительной способностью миокарда на фоне его дистрофии или со сниженной функцией коры надпочечников. В этих случаях стремление поднять артериальное давление путем увеличения объема внутривенной инфузии не только не дает желаемого результата, но и ухудшает состояние больного, приводя к перегрузке левых отделов сердца и развитию отека легких. Катетеризация одной из центральных вен (подключичной, яремной) с динамическим контролем центрального венозного давления помогает предотвратить это осложнение. У данного контингента больных с целью предотвращения развития сердечной недостаточности в послеоперационном периоде необходимо плановое применение сердечных гликозидов. В случае стойкой послеоперационной артериальной гипотензии на фоне нормоволемии и нормальной деятельности сердца следует предположить наличие функциональной неполноценности надпочечников и приступить к применению глюкокортикоидов и при необходимости к осторожному капельному введению вазопрессоров типа допамина до тех пор, пока не

восстановится собственный сосудистый тонус. Эти мероприятия необходимо проводить под постоянным контролем артериального, центрального венозного давления и ЭКГ.

Основные тактические ошибки анестезиолога после массивных операционных кровопотерь сводятся к использованию больших количеств консервированной крови как основного кровезамещающего средства. Устранение послеоперационной гиповолемии путем гемотрансфузии неоправданно, так как приводит к ухудшению реологических свойств крови и микроциркуляции за счет депонирования эритроцитов, снижению скорости кровотока, сохранению гиповолемии и гипотонии, снижению периферического сосудистого сопротивления и сердечного выброса, нарушению транскапиллярного обмена в органах и тканях, в связи с чем существует опасность развития «шокового легкого» и «шоковой почки». Необходимо иметь в виду, что замещающий эффект перелитой крови даже со сроком хранения не более 3 сут никогда не бывает полным вследствие ее депонирования, а транспорт кислорода обеспечивается ею не более чем на 50% [Климанский В. А., Рудаев Я. А., 1984]. В связи с этим основным принципом восполнения массивной острой кровопотери и ликвидации ее последствий должно быть применение осмотически и реологически активных плазмозаменителей (полиглюкин, реополиглюкин, плазма, альбумин) в сочетании с изотоническими растворами глюкозы и кристаллоидов в соотношении 1 : 1, уменьшающих вредные последствия гемотрансфузии. Суммарный объем инфузии должен превышать объем кровопотери на 60—80%, причем объем донорской крови не должен быть более 60% от объема кровопотери [Климанский В. А., Рудаев Я. А., 1984]. Гемодилюция до достижения 20—30% уровня гематокрита не представляет опасности для больного и надежно предотвращает агрегацию форменных элементов крови, улучшает микроциркуляцию и служит наиболее эффективным средством предотвращения развития «шокового легкого».

Избежать недостаточной или избыточной инфузии можно, осуществляя динамическое наблюдение за артериальным и центральным венозным давлением, частотой сердечных сокращений и мочеотделением (не менее 50—60 мл/ч). При низких уровнях центрального венозного давления и мочеотделения инфузионную терапию необходимо продолжать даже в том случае, если использован весь расчетный объем инфузии, так как это свидетельствует о депонировании части циркулирующей крови.

В профилактике тяжелых постинфузионных органных нарушений (острая сердечная недостаточность, «шоковое легкое», «шоковая почка») большое значение имеет применение стабилизаторов клеточных мембран (глюкокортикоиды в дозе 30—50 мг/кг в расчете на гидрокортизон) и ингибиторов протеолиза (трасилол, контрикал, гордокс), тормозящих избыточный синтез кининоподобных пептидов [Рябов Г. А. и др., 1983].

У ослабленных лиц и больных старческого возраста большое значение в послеоперационном периоде приобретают мероприятия по профилактике пневмонии. Опасность развития послеоперационной пневмонии особенно велика при исходной хронической и возрастной патологии легких (хронический бронхит, рецидивирующие пневмонии, пневмосклероз, эмфизема легких). Главным предрасполагающим фактором является гиповентиляция легких, вызванная неполным устранением болевого синдрома после операций на органах грудной клетки и верхнего отдела брюшной полости, а также длительно сохраняющимся парезом кишечника и исходно низкими резервами дыхания. В связи с этим с целью предупреждения послеоперационной пневмонии наряду с активной респираторной терапией (дыхательная гимнастика, стимуляция кашля, ингаляции с бронхолитиками и муколитиками, оксигенотерапия, сеансы вспомогательного дыхания, массаж груди) проводят полноценное обезболивание и меры по раннему восстановлению перистальтики кишечника (активные движения больных, коррекция электролитных нарушений, стимуляция деятельности кишечника общепринятыми фармакологическими и электростимулирующими методами, при необходимости — эпидуральная анестезия). С целью предотвращения развития послеоперационной пневмонии у больных с хроническими заболеваниями легких с 1-х суток после операции необходимо проводить целенаправленную антибактериальную терапию с учетом чувствительности микрофлоры дыхательных путей к антибиотикам.

Важнейшим аспектом ведения больных в послеоперационном периоде является правильный выбор метода обезболивания. При применении больших доз наркотических анальгетиков у онкологических больных даже после обширных торакальных и абдоминальных операций существует опасность развития тяжелых побочных реакций (депрессия дыхания, общая вялость, сонливость, нарушение моторики пищеварительного тракта и мочевыводящих путей). Обезболивание большими дозами опиатов (промедол, морфин, омнопон) в течение нескольких суток после операции может способствовать развитию толерантности, формированию психической и биологической зависимости от наркотика. В дальнейшем могут возникнуть трудности в случае необходимости лечения болевого синдрома у этих больных при генерализации опухолевого процесса.

Перспективен, безопасен и эффективен метод послеоперационного обезболивания с использованием ненаркотических анальгетиков, спазмолитиков, ингибиторов тканевых альгогенных факторов в зоне операции (ингибитор синтеза кининов гордокс по 100 000 ЕД 3 раза в сутки, ингибитор простагландинов ацетилсалициловая кислота 200—300 мл 0,3% раствора в сутки внутривенно капельно в течение 2—3 дней). В качестве ненаркотических анальгетиков целесообразно использовать баралгин и анальгин. В случае необходимости для усиления

эффекта обезболивания дополнительно применяют промедол в дозе не более 20 мг на инъекцию. Эффективна при проведении послеоперационного обезболивания, но требует осторожного применения, эпидуральная аналгезия морфином (особенно в грудном отделе), которая может осложниться развитием глубокой депрессии дыхания, требующей искусственной вентиляции легких. У ослабленных онкологических больных этот метод можно применять при соблюдении особой осторожности и при условии постоянного мониторинга дыхания и ЭКГ [Lanz E. et al., 1986]. Оптимальным с точки зрения профилактики осложнений является послеоперационное обезболивание упомянутыми выше ненаркотическими средствами, позволяющее резко снизить расход наркотических анальгетиков или полностью от них отказаться.

У онкологических больных, особенно перенесших обширные и длительные торакальные и абдоминальные операции, важно поддержаниие адекватной микроциркуляции, являющейся обязательным условием полноценного кровоснабжения органов, на которых произведена операция, заживления ран и анастомозов. Нарушения периферического кровообращения особенно вероятны в ближайшем посленаркозном периоде на фоне постепенно разрешающейся общей анестезии и неполного восстановления процессов ауторегуляции сосудистого тонуса. Клиническими проявлениями нарушений микроциркуляции являются акроцианоз, холодные кожные покровы, метаболический ацидоз. Традиционные методы общей анестезии и послеоперационного обезболивания недостаточно эффективны в предотвращении этих нарушений, способных непосредственно влиять на ближайшие результаты хирургического лечения больных. Важную роль в развитии нарушений центральной и периферической гемодинамики играет избыточная продукция в «оперированных» тканях биологически активных веществ, особенно кининового и простагландинового ряда [Шварц Г. Я., 1983; Гиммельфарб Г. Н., 1985; Zeltzer et al., 1985], поэтому патогенетически оправдано применение указанных выше ингибиторов этих веществ не только для достижения полноценного обезболивания, но и для улучшения условий кровоснабжения в «оперированных» тканях. Применение этих средств в сочетании с препаратами, улучшающими реологические свойства крови (трентал, курантил, реополиглюкин), может иметь большое значение в предотвращении несостоятельности анастомозов и послеоперационных нагноений у онкохирургических больных.

Грозным осложнением, развивающимся после обширных онкологических операций, является тромбоэмболия ветвей легочной артерии, возникающая у онкологических больных в результате гиперкоагуляции, связанной с поступлением в кровоток тканевых факторов свертывания крови из злокачественной опухоли [Марусов А. А., 1987]. Частота этого нередко смертельного осложнения увеличивается при несоблюдении необхо-

димых мер профилактики: превентивное лечение (за 2 ч до операции подкожное введение 5000 ЕД гепарина с продолжением гепаринизации в послеоперационном периоде по 10 000—20 000 ЕД в сутки), эластическое бинтование ног перед операцией, ранняя активизация больных в послеоперационном периоде, массаж и активные произвольные движения ног, применение во время и после операции средств, улучшающих реологические свойства крови (реополиглюкин, ацетилсалициловая кислота, эуфиллин), предупреждение гемоконцентрации и поддержание умеренной гемодилюции (гематокрит около 30% у больных, склонных к тромбообразованию).

У больных, которым в послеоперационном периоде проводят инфузионную терапию через магистральные вены (подключичная, яремная), при определенных условиях может развиться опасное осложнение — воздушная венозная эмболия. Это осложнение часто возникает у больных после операций по поводу рака пищевода и желудка при длительном предшествующем периоде голодания и исходной гиповолемии. При резко выраженной гиповолемии центральное венозное давление может достичь отрицательных величин, при которых разгерметизация инфузионной системы и сообщение ее с атмосферным воздухом, особенно при положении больного с приподнятой верхней половиной тела, сопровождается засасыванием воздуха в просвет сосуда. Это может произойти при незамеченном персоналом отключении инфузионной системы от венозной канюли или несвоевременной смене опустевших флаконов с инфузионными средами. Особенно опасна тактика активного нагнетания растворов в центральную вену, при которой воздушная эмболия бывает особенно массивной. Такая тактика допустима только в крайних случаях при критическом состоянии больного и при условии непрерывного наблюдения специально выделенного для этой цели лица. Клинические проявления воздушной эмболии зависят от объема поступившего в сосуд воздуха. При небольшом его объеме осложнение может пройти без последствий для больного. В тяжелых случаях воздушная эмболия заканчивается его смертью. При умеренно выраженной воздушной эмболии развивается клиническая картина сердечно-сосудистого коллапса, появляются одышка, цианоз кожных покровов, боли в груди, происходит нарушение или потеря сознания, при аускультации сердца определяется характерный скрипящий шум, по данным электрокардиографии — перегрузка правых отделов сердца, по данным определения КЩС и газообмена — гипоксемия, гиперкапния, ацидоз вследствие нарушения газообмена на фоне обструкции легочных сосудов воздухом.

При подозрении на воздушную эмболию немедленно проводят комплекс мероприятий, направленных на восстановление кровообращения, эвакуацию воздуха из сосуда и правых отделов сердца, улучшение оксигенации: отсасывают воздух из центральной вены шприцем, вводят вазопрессоры с положитель-

ным инотропным действием (допамин), укладывают больного на левый бок с опущенной головой, осуществляют ингаляцию кислорода, дыхание (самостоятельное или искусственное) с постоянным положительным давлением [Оркин Ф. К., Куперман Л. Х., 1985 Pannig B., 1987]. Тотчас после удаления воздуха, проведения реанимационных мероприятий и восстановления кровообращения больного целесообразно поместить в барокамеру для осуществления гипербарической оксигенации для ускорения восстановления окислительных процессов в тканях в постреанимационном периоде. Следует подчеркнуть, что лучшим средством предотвращения этого опасного осложнения является соблюдение правил работы с инфузионной системой.

У онкологических больных, перенесших операции на органах пищеварительного тракта, опасность аспирации существует и в послеоперационном периоде. Она особенно велика у пожилых больных с исходно сниженным гортанным рефлексом и у больных в ближайшие часы после наркоза, когда этот рефлекс остается подавленным как вследствие длительного пребывания эндотрахеальной трубки в дыхательных путях, так и за счет остаточного действия общих анестетиков и миорелаксантов. В подобных случаях может происходить аспирация малыми порциями, которая имеет скрытый, «немой» характер в связи с отсутствием у больного нормальной физиологической кашлевой реакции. Впоследствии это приводит к развитию аспирационной пневмонии. У значительного числа онкологических больных развивающаяся после абдоминальных операций пневмония имеет такое происхождение, сама же причина остается незамеченной. Особую настороженность в этом плане следует проявлять в отношении больных пожилого и старческого возраста в 1-е сутки после абдоминальных вмешательств и во всех случаях, когда фибробронхоскопическое исследование или санацию дыхательных путей проводят под местной анестезией, после чего защитный рефлекс гортани остается выключенным в течение 30 мин и более.

В связи с ограниченным периодом пребывания оперированных больных в отделении интенсивной терапии дальнейшее их лечение осуществляют в соответствующих хирургических отделениях, причем на этом этапе могут развиться многие опасные для жизни осложнения, мероприятия по предотвращению которых следует начинать в отделении интенсивной терапии и затем продолжать в других отделениях. Для онкологических больных, у которых повышена опасность тромбообразования, отмечается общая интоксикация, снижен иммунитет, имеются исходные метаболические нарушения, большое значение имеет преемственность в продолжении начатого в отделении интенсивной терапии лечения. Рекомендации по дальнейшему лечению должны быть внесены в историю болезни сотрудниками этого отделения. Это касается респираторной, антитромботической, антибактериальной, иммуномодулирующей, детоксикационной, инфу-

зионной терапии, энтерального и парентерального питания. Только при этом условии можно рассчитывать на эффективную профилактику тромбоэмболических, инфекционных, сердечно-сосудистых, легочных осложнений в послеоперационном периоде.

Соблюдение изложенных выше общих принципов и учет специфики ошибок при оказании анестезиологического пособия и проведении интенсивного послеоперационного лечения больных с опухолями разных локализаций имеют большое значение в повышении безопасности хирургического лечения онкологических заболеваний.

ГЛАВА 7

ОШИБКИ В МЕДИЦИНСКОЙ И СОЦИАЛЬНО-ТРУДОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Среди социальных задач нет более важных, чем укрепление здоровья советских людей и увеличение продолжительности их активной жизни. Значительные положительные сдвиги произошли и в области реабилитации онкологических больных. В основе этого процесса, несомненно, лежит улучшение непосредственных и отдаленных результатов лечения больных со злокачественными опухолями. Логическим следствием прогресса клинической онкологии явились не только увеличение продолжительности жизни онкологических больных, но и улучшение ее качества. В настоящее время совершенно очевидно, что тот факт, что значительное число больных доживают до какого-то определенного срока, уже не может удовлетворить больного и общество, равно как не может быть единственным критерием излеченности. Наступил момент, когда под излечением в онкологии стали понимать не только клиническое выздоровление больного, но и возвращение его к прежнему положению в обществе. Таким образом, реабилитация стала неотъемлемой частью организационной и клинической онкологии.

Реабилитация — это система государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний, приводящих к временной или стойкой потере трудоспособности, и возвращение больных и инвалидов в общество и к общественно полезному труду.

Сущность медицинской реабилитации заключается в восстановлении утраченных или ослабленных функциональных и пси-

хических способностей больного, развитии компенсаторных механизмов его организма с помощью хирургического, медикаментозного и курортного лечения, трудо- и физиотерапии. Вместе с тем медицинская реабилитация является основным периодом, в котором осуществляется психологическая подготовка больного к необходимой реадаптации и трудовой переквалификации. Цель профессиональной реадаптации — обучение лиц, временно утративших трудоспособность, новым профессиям, доступным им по состоянию здоровья. Профессиональную реадаптацию следует проводить в период медицинской и социальной реабилитации, и завершаться она должна трудоустройством больного.

Под социальной реабилитацией понимают реинтеграцию больного в общество, его рациональное трудоустройство, уменьшающее экономические потери. Длительно не работающий инвалид сосредоточивает все внимание на своей болезни и, переоценив ее тяжесть, теряет веру в собственные силы. Многочисленные наблюдения показывают, что при правильном выборе вида деятельности можно добиться восстановления утраченных функций. Результаты изучения экономической стороны реабилитационных мероприятий убедительно свидетельствуют о том, что независимо от продолжительности трудовой деятельности больного после радикального лечения ее экономическая эффективность для государства не вызывает сомнений.

В связи с тем что реабилитация тесно связана с лечебным процессом, при проведении реабилитационных мероприятий встречаются те же ошибки, что и во время лечения: диагностические, лечебно-тактические, организационные и т. д. Однако, помимо этих, общих для онкологии ошибок, наблюдается еще ряд ошибок, обусловленных спецификой процесса реабилитации. Хотя ошибки при реабилитации онкологических больных реже приводят к столь серьезным негативным для больного последствиям, как ошибки в диагностике или специальном лечении, встречаются они не менее часто.

В первую очередь нужно отметить, к сожалению, наиболее распространенную в практическом здравоохранении ошибку — непонимание специфики реабилитации или просто сведение ее к выполнению восстановительного лечения. Хотя реабилитация тесно связана с лечением больных, но начинать ее необходимо на диагностическом этапе, на котором она имеет собственные цели, задачи и методы.

Реабилитация, направленная на возможно полное и раннее возвращение больного к труду и полноценной жизни, преодоление последствий болезни, функциональных нарушений и послеоперационных осложнений, не должна и не может быть ограничена проведением лечебной физкультуры, протезирования, реконструктивных операций, медикаментозной терапии. Не преуменьшая значения отдельных лечебных мероприятий, мы хотим особо подчеркнуть, что не может существовать реабилитация

ноги, руки, кисти и др., а имеет смысл говорить только о реабилитации больного. Под этим подразумевается прежде всего восстановление личностного и социального статуса больного, его активной жизненной позиции.

Это прежде всего означает, что больной должен превратиться из «объекта лечения» в «субъект лечения», стать активным участником проводимого процесса — восстановительного лечения. Нужно четко понимать, что для реабилитации совершенно непригодна наблюдающаяся в современной медицине тенденция, когда больной пассивно выполняет указания врача, причем последний считает, что чем меньше больной понимает происходящее и вмешивается в него, тем лучше. Несмотря на то что врачи постепенно, хотя и слишком медленно, начинают понимать порочность такого подхода, его эффективность, кажущееся удобство и простота постоянно подталкивают их к авторитарной позиции. Если постепенно понимают необходимость перехода от «органоцентрической» к «человекоцентрической» медицине, то в реабилитации иной подход невозможен в принципе. Реабилитация может быть либо гуманитарной, либо никакой. Если лечить можно и без апелляции к личности — лечат же животных, то реабилитировать можно только человека.

Одна из наиболее распространенных реабилитационных ошибок — отсутствие четко разработанной программы. Совершенно недопустима ситуация, когда предлагаемая больному процедура или воздействие не связано с основными целями всего лечебного процесса. Больному должна быть в доступной форме сформулирована цель реабилитационной программы, предложена модель возможного будущего, но не основанная на благах пожеланиях и абстрактных рекомендациях, а созданная с учетом появившихся в результате болезни характерологических личностных изменений.

Грубой ошибкой является восприятие онкологического больного как страдающего только от соматического заболевания человека, хотя у практического врача могут быть основания для такой ошибки, тем более что у онкологических больных достаточно редко проявляются явные психические нарушения. Происходящие у больного изменения личности нередко скрыты от внешнего наблюдателя, и для их выявления и анализа требуются специальные методы. Не останавливаясь на специальной технике такого анализа, кратко изложим основные происходящие у больных психические изменения, так как их понимание поможет избежать наиболее частых и распространенных ошибок.

Психологической основой ориентации больного на продуктивную социальную жизнь, успешную адаптацию в обществе является активация его мотивационной сферы и ценностных ориентаций, создание адекватных трудовых установок. Деятельность человека в норме направляется и регулируется его потребностями. В структуре потребностей формируются жизнен-

ные цели, обладающие по отношению к потребностям тем или иным смыслом и определенной степенью ценности. Структура личности человека определяется в первую очередь ценностными ориентациями. Наличие тяжелого онкологического заболевания, разрушающего привычные стереотипы, ставит больного перед необходимостью адаптироваться к новым условиям жизни, существенно изменяет мотивационную сферу. Неопределенность прогноза нарушает возможности планирования жизненных целей, сужает временную перспективу, необходимую для нормальной жизнедеятельности человека. Активность, целеустремленность, установка на самореализацию и достижения направлены в будущее и утрачивают свой смысл при наличии онкологического заболевания, создающего препятствия для реализации основных человеческих потребностей: социального и физического существования.

Специфическая ситуация — тяжелая болезнь — активизирует у онкологических больных мотив «сохранения жизни», который становится главным побудительным и смыслообразующим мотивом их деятельности. Все остальное кажется бессмысленным, не имеет самостоятельной ценности. Больные ощущают, что все, к чему они стремились, чего добивались, преодолевая трудности и прилагая усилия, важно только тогда, когда нет угрозы более важным жизненным потребностям. Необходимой и осмысленной кажется только та деятельность, которая связана с лечением. Привычные формы деятельности либо отвергаются, если они противоречат главному мотиву — «сохранение жизни», либо приобретают новый, связанный с болезнью смысл.

Аутизация, замкнутость, отчужденность, обеднение эмоциональной сферы, пассивность онкологических больных обусловлены сужением круга актуальных мотивов или новым их смыслом. Доминирование «жизненно-оберегающих» установок накладывает отпечаток на мировоззрение больного. Бесполезно призывать его к социальной активности или труду, если активная деятельность противоречит, на его взгляд, «сохранению жизненных сил». Еще более бесполезно предлагать «не обращать внимания» на существующую субъективно-значимую ситуацию. Необходимо помочь больному найти новый смысл жизни, новые жизненные цели, соотнести предлагаемую реабилитационную программу с его ожиданиями и установками.

Нарушение адекватного соотношения целей реабилитационных программ и индивидуальных целей больных приводит к утрате личностного смысла и возникновению «немотивированных» установок у больных, плохо поддающихся восстановительному лечению, склонных к созданию «рентных» установок. Подобные ситуации неоднократно наблюдал любой клиницист: больной начинает извлекать из создавшейся ситуации пользу, требуя к себе особого отношения, льгот, установления группы инвалидности. Восстановительное лечение теряет смысл, превращаясь в рутинное мероприятие, усугубляющее и без того высо-

кую ипохондричность онкологических больных. Нельзя, конечно, сказать, что болезнь приобретает для больного привлекательные черты, однако можно отметить очевидную условную желательность создавшейся ситуации.

В качестве примера можно привести краткие сведения о больном, находившемся в отделении восстановительного лечения ВОНЦ АМН СССР в 1986—1988 гг. после резекции прямой кишки. Не останавливаясь подробно на клинических особенностях, не имеющих в данном случае принципиального значения, выделим динамику его личностных изменений и ошибки, допущенные при реабилитации.

Больной П., 36 лет, поступил в стационар с жалобами на появившиеся после операции резкое снижение потенции, снижение тонуса сфинктера прямой кишки, в связи с чем возникло недержание кала, снижение общего тонуса, апатию, постоянную тоску, отсутствие ощущения жизненной перспективы, вегетативные расстройства. На фоне общеукрепляющего и специального лечения, физиотерапии, специальной тренировки сфинктера прямой кишки с помощью создания обратной биологической связи проводили психотерапию, направленную на активацию его мотивационной сферы, активный поиск жизненных целей, сохранных целевых установок. Два курса лечения привели к значительному улучшению состояния больного. После коррекции осложнений, проведенного лечения больной стал активнее, нашел возможности для индивидуальной трудовой деятельности, в которой успешно реализовывал потребности в общении, достижениях, самореализации. Его трудовая деятельность была настолько успешной, что больного стало очень устраивать положение инвалида, дававшее ему много свободного времени. Дальнейшее пребывание в стационаре не улучшало состояния больного. Хотя легко было провести коррекцию оставшихся расстройств, но это противоречило создавшимся установкам больного, которому было выгоднее оставаться инвалидом. Это реализовывалось в ипохондрической фиксации на состоянии здоровья и развитии вторичных функциональных расстройств.

В данном случае не была вовремя зафиксирована перестройка мотивационной сферы больного и программа реабилитации пришла в противоречие с его жизненными целями.

Программу реабилитации необходимо планировать с учетом индивидуальных особенностей больного. Большое значение имеют преморбидные особенности личности. Следует учитывать, что внешние проявления реакции на болезнь не всегда коррелируют с ее истинной глубиной. Яркие, демонстративно-театральные переживания истеричных лиц крайне поверхностны и неглубоки. Эти больные наиболее склонны к «рентным» отношениям. Маловыразительные, монотонные депрессивные переживания психастеничных лиц очень тяжелы и крайне неблагоприятны для больного в отношении реабилитационного прогноза, не всегда заметны и часто игнорируются врачами. При разработке программы медицинской реабилитации не всегда следует ориентироваться на желания больного, поскольку иногда они не могут быть удовлетворены или даже противоречат объективной необходимости.

Одним из наиболее сложных вопросов медицинской реабилитации являются реконструктивные пластические операции на

молочной железе. В реконструктивно-пластической операции подобные больные видят единственно реальный путь устранения грубого косметического дефекта и решения ряда психологических проблем, связанных с внутрисемейными и профессиональными отношениями, со здоровьем. Однако следует отметить, что пластическая операция сама по себе не решает задачи психологической реабилитации и должна быть дополнена психологическим обследованием и последующей коррекцией имеющихся психопатологических расстройств.

Женщины, перенесшие мастэктомию, склонны преувеличивать косметические дефекты, возникающие после операции, негативно оценивать свой внешний облик, акцентировать внимание на изменившемся, по их мнению, отношении к ним окружающих. Их жалобы носят скорее «психологический» характер и зависят не столько от выраженности дефекта, сколько от отношения к нему самой больной. Необходимо четко дифференцировать стертые, находящиеся на грани нормы психопатологические проявления от дисморфофобических и дисморфоманических синдромов, свидетельствующих о наличии психического заболевания. Дисморфофобические состояния являются относительным противопоказанием к выполнению пластической операции, в то время как синдром дисморфофобии при шизофрении указывает на нецелесообразность реконструктивно-пластического вмешательства.

У больных, обращающихся с просьбой произвести им реконструкцию молочной железы, выявляется ряд связанных с этой операцией психологических проблем, касающихся внутрисемейных и профессиональных отношений, а также здоровья. Преувеличивая ожидаемый от пластической операции эффект, они не осознают действительных источников психологической дезадаптации, кроющихся в ряде случаев в особенностях их личности и характера, сложной жизненной ситуации.

Женщин, обращающихся с просьбой об осуществлении пластической операции, которая имеет не витальные, а психологические показания, должен тщательно обследовать психиатр. Его задача — выработать четкие индивидуальные показания к операции, которые необходимо учитывать наряду с собственно медицинскими показаниями и противопоказаниями при окончательном решении вопроса о выполнении реконструктивной операции.

Многие осложнения заболевания и лечения можно предотвратить, если принять превентивные меры еще до их развития. Необходимо выбирать наименее травматичные методы лечения, дающие лучшие функциональные результаты. Очень важно вовремя заметить развитие осложнений, которые сводят на нет все дальнейшие усилия. С особым вниманием необходимо относиться к случаям длительного назначения наркотических препаратов, особенно группы опия и морфина, больным, которым планируется проведение цикла реабилитации. По возможности

применение этих препаратов следует ограничить или использовать препараты, привыкание к которым выражено в меньшей степени (например, депидолор). При развитии у больных наркоманической или токсикоманической зависимости восстановительное лечение у них становится малоперспективным. В качестве примера приводим краткие сведения о больном, которому проводили восстановительное лечение после экстирпации желудка по поводу рака.

Больной А., 50 лет, в послеоперационном периоде длительное время получал омиопон для уменьшения выраженности болевого синдрома. На восстановительное лечение поступил в связи с упорным, длительно существовавшим и плохо поддающимся коррекции болевым синдромом. Многочисленные курсы восстановительной терапии не приводили к сколько-нибудь заметному улучшению состояния до тех пор, пока, наконец, не была выявлена наркоманическая зависимость, сама ставшая причиной болевого синдрома. Более того, больной специально нарушал лечебный режим, чтобы добиться ухудшения объективных показателей, так как это, по его мнению, облегчало доступ к наркотическим препаратам. В связи с этим потребовалось специальное лечение в психиатрическом стационаре.

Начатую в ранние сроки реабилитацию не следует прерывать, и нужно добиваться последовательного и непрерывного лечения больных, причем роль восстановительной терапии в общем лечебном процессе должна повышаться.

В связи с особенностями онкологических заболеваний — отсутствием точных критериев излечения и возможностью появления рецидивов и метастазов — необходимы постоянная настороженность и регулярные обследования, поэтому некоторые методы восстановительного лечения, например физиотерапевтические, можно применять с известной долей осторожности и в специально подобранных режимах. Тем не менее из-за вполне обоснованной осторожности нельзя лишать больных необходимых им физиотерапевтических процедур, занятий лечебной физкультурой, массажа, санаторно-курортного лечения только на том основании, что у них было онкологическое заболевание. Существующие положения, ограничивающие применение различных методов восстановительного лечения у таких больных, должны быть пересмотрены. Необходимы индивидуальные, специально разработанные программы реабилитации, учитывающие все многообразие патогенных и саногенных факторов, общее состояние больного, его возраст, профессию, стадию развития заболевания, локализацию и прогноз.

В настоящее время в значительной мере пересмотрено отношение к санаторно-курортному лечению онкологических больных, леченных по радикальной программе. В строго определенных условиях (климат, характер процедур и т. д.) санаторно-курортное лечение показано подавляющему большинству онкологических больных, у которых отсутствуют рецидивы и метастазы и имеется благоприятный прогноз. К сожалению, отсутствие соответствующих инструктивных указаний Министерства

здравоохранения СССР по-прежнему является препятствием для проведения общеоздоровительных мероприятий у большинства онкологических больных, нуждающихся в них.

В недостаточном объеме используются амбулаторно-поликлинические методы восстановительного лечения онкологических больных. Такое лечение может быть организовано и проведено в рамках существующей системы медицинской помощи населению и не требует крупных капитальных вложений. В амбулаторно-поликлиническом кабинете или отделении восстановительной терапии могут быть организованы столь необходимые онкологическому больному консультации социолога, психолога, протезиста, юриста, специалиста по трудотерапии. Это позволило бы решить ряд вопросов, волнующих онкологического больного, и, несомненно, облегчило бы для него процесс социально-трудовой реабилитации. При организации системы реабилитации онкологических больных следует использовать опыт развитых стран, в которых отделения восстановительного лечения существуют при всех крупных лечебных учреждениях и реабилитации в той или иной степени подлежат практически все больные.

В таких отделениях могут работать протезисты, логопеды, специалисты по трудотерапии, консультанты по профориентации, психологи, психотерапевты и инструкторы лечебной физкультуры.

Особенность восстановления трудоспособности у онкологических больных заключается в огромном разнообразии нозологических форм и неоднородности возникающих после лечения осложнений. Если при других заболеваниях врачи, как правило, имеют дело с одним поврежденным органом или системой, то злокачественные новообразования поражают практически все органы человека и влияют на все функции его организма.

В связи с необходимостью совместной работы специалистов разного профиля возникают трудности и ошибки, связанные с непониманием различий в подходах к больным и того факта, что общая работа может быть эффективной только при правильном взаимодействии и четкой психотерапевтической направленности всего процесса реабилитации.

На разных этапах лечения значение врачей для больного неодинаково. До операции самый большой авторитет для больного — хирург. После операции больной находится под наблюдением бригады, состоящей из хирурга, протезиста, инструктора по лечебной физкультуре и массажиста. Психотерапевтические возможности этих специалистов весьма велики. Иногда достаточно их короткой успокаивающей беседы для снятия эмоционального напряжения у больного. Очень важно, чтобы все специалисты придерживались единой тактики в общении с больным. Деонтологические ошибки, приносящие большой вред в любой области медицины, способны полностью дезорганизовать реабилитацию. Несогласованные действия специалистов

дискредитируют уже сформированные у больного позитивные установки. В онкологической практике всегда актуален вопрос о том, в какой мере целесообразно информировать больного о его заболевании. Врач должен очень осторожно, строго индивидуально подходить к решению этого вопроса в каждом конкретном случае, учитывать личностные особенности больного, степень его «психологической защищенности». Обычно оправдана выжидательная тактика. При первой встрече с больным нужно выяснить его отношение к заболеванию. Нельзя в категоричной форме отрицать наличие у больного онкологического заболевания, преуменьшать тяжесть возможного оперативного вмешательства и последующего лечения, иначе при возможном ухудшении состояния у больного возникает недоверие к врачу.

Деонтологический подход к решению вопроса о том, какую информацию о заболевании можно сообщить больному, должен основываться на понимании особенностей осознания им своей болезни. Безусловно, ориентироваться на анозогнозию и полное отсутствие информации о болезни нельзя. В то же время не следует преувеличивать в этих случаях глубину осознанности и степень определенности, учитывая специфический характер структуры осознания. На любом этапе лечения у больного имеются психологические защитные ресурсы, помогающие адаптироваться к сложившейся ситуации, и они должны быть использованы в психотерапевтической работе с ним. Неопределенность имеет негативный характер лишь на начальном, диагностическом этапе, когда речь идет о вероятности заболевания. В условиях же реальной болезни и терапевтического процесса она приобретает адаптивные функции и становится ядром психологической защиты. Необходимость такой защиты связана с высокой неопределенностью прогноза заболевания, его объективной и субъективной опасностью, которая по мере развития клинической онкологии, несомненно, будет уменьшаться. На данном этапе полнота информации не должна превышать необходимого для данного больного уровня, который определяется объемом его знаний, интеллектом, особенностями личности, степенью разработанности защитных механизмов, индивидуальным прогнозом и, самое главное, объективной необходимостью информировать больного. Психологическая защита нужна лишь в том случае, если она идет на пользу больному.

Возвращение к труду — самый важный момент процесса реабилитации онкологического больного. Результаты проведенных исследований показали, что объективные факторы, социально-демографические характеристики (пол, возраст, семейное положение, уровень дохода семьи, социально-профессиональная принадлежность больного) и медицинские показатели, характеризующие опухоль и организм больного, а также результаты освидетельствования ВТЭК образуют достаточно жесткие рамки, ограничивающие возможности восстановления трудоспособности больных после завершения лечения. В то же время в мно-

(много)численных исследованиях установлено, что возвращение к труду, в коллектив, к активной жизни весьма благотворно действует на психику больных со злокачественными опухолями, поддерживает в них веру в выздоровление, поднимает тонус, укрепляет уверенность в себе, поэтому желание больных вернуться к активной жизни следует всячески поддерживать.

В настоящее время в онкологии все большее развитие получают комплексные и комбинированные методы лечения, применение которых обосновано необходимостью получения стойкого и длительного клинического эффекта. Вместе с тем сочетание хирургического, лучевого и лекарственного лечения отнюдь не безразлично для больного, так как приводит к снижению защитных сил организма, для восстановления которых необходим длительный период, что в свою очередь ограничивает возможности реабилитации онкологических больных.

Весьма остро стоит вопрос о социально-трудовой реабилитации лиц, которые до болезни занимались тяжелым физическим трудом. Не будучи в состоянии вернуться к прежней работе, они в течение длительного времени, часто на протяжении всей оставшейся жизни, находятся на инвалидности, не работают, испытывая чувство угнетения, неполноценности и материальные затруднения. В то же время, если бы они могли приобрести другую, посильную в конкретной ситуации специальность, то это, безусловно, сделало бы их жизнь содержательной и позволило бы приносить пользу обществу.

Вместе с тем до настоящего времени не уточнены границы допустимых физических нагрузок и влияние некоторых профессий на состояние онкологического больного, а также на возможность возникновения рецидивов и метастазов. С целью изучения и разработки этих вопросов необходимо провести комплексные исследования, к которым следует привлечь наряду с онкологами специалистов различного профиля, в том числе физиологов и экспертов ВТЭК. Не исключена возможность использования существующих производственных мастерских, в которых инвалиды имеют возможность переквалифицироваться либо получить новую специальность.

Для многих онкологических больных реальной возможностью трудовой реабилитации служит работа на дому. Одна из основных проблем в организации этого вида трудовой реабилитации — узкий круг профессий, которые могут быть применены в домашних условиях. Можно полагать, что в этом направлении также использованы не все резервы, поэтому следует изучить возможные варианты надомного труда.

Особо необходимо выделить вопрос о формах деятельности онкологической ВТЭК. Создание в 1963 г. специализированной онкологической ВТЭК сыграло большую и в высшей степени положительную роль в разработке и изучении как проблем инвалидизации онкологических больных, так и их реабилитации. Вместе с тем анализ работы онкологической ВТЭК пока-

зал, что она чрезвычайно редко пользуется своим правом продлевать больничные листы и затем выписывать больных на работу. Очевидно, применение комплексных и комбинированных методов приводит к заметному увеличению продолжительности лечения онкологических больных, многие из которых «не укладываются» в 4-месячный срок, поэтому вынуждены пройти ВТЭК и получить группу инвалидности. Продление больничного листа на 2—3 мес для завершения лечения и восстановления общего состояния позволило бы многим онкологическим больным непосредственно вернуться к труду в приемлемых условиях.

При первичном освидетельствовании ВТЭК, как правило, определяет больным II группу инвалидности. Так, по данным выборочных исследований, удельный вес инвалидов I и II групп среди больных со злокачественными новообразованиями составляет 95,1% [Мерабишвили В. М. и др., 1983]. Это лишает их права начать работать в течение года, тогда как в ряде случаев было бы вполне оправданно установить III группу инвалидности, что позволит больным вернуться к активной трудовой деятельности либо в облегченных условиях, либо по новой специальности. В связи с этим понятно большое значение своевременной и квалифицированной врачебно-трудовой экспертизы — важного звена в системе реабилитации онкологических больных.

Нами установлено, что причинами первичного выхода на инвалидность онкологических больных являются: запоздалая диагностика онкологических заболеваний и обращение больных в специализированное учреждение при запущенных формах; последствия проведенного радикального лечения (хирургического, лучевого, комбинированного, сочетанного и комплексного) и осложнений, возникших после лечения; длительное проведение радикального комплексного, сочетанного и комбинированного лечения.

В связи с успехами в развитии клинической онкологии и внедрением в практику новых методов ранней диагностики и лечения, позволяющих все большее число больных возвратить к жизни и трудовой деятельности, часто, к сожалению, уменьшают продолжительность их пребывания на больничном листе. Как правило, продолжительность периода временной нетрудоспособности онкологических больных складывается из времени, затраченного на обследование и неспецифическое лечение в поликлинике по месту жительства до момента обращения в специализированное онкологическое учреждение, — в среднем от 1,5 до 2,5—3 мес; времени, затраченного на амбулаторное обследование в специализированном учреждении с учетом необходимых общеклинических и специальных исследований (рентгенологического, эндоскопического и морфологического), — в среднем 2 нед, а в случае необходимости ждать очередь на госпитализацию (10—12 дней) — до 1 мес; времени, потребовавшегося

на обследование в онкологическом стационаре, — 10—12 дней; времени, ушедшего на лечение в стационаре онкологического учреждения, которое зависит от многих причин: общего состояния больного к моменту начала лечения, вида и метода лечения, реакций и осложнений, возникающих в процессе и после лечения.

При хирургическом лечении длительность послеоперационного периода до выписки составляет от 2—3 нед до 2—3 мес в зависимости от возникших осложнений. При лучевом, комбинированном и комплексном лечении продолжительность его равна 2—4 мес и более, так же как и при повторных курсах химиогормонального лечения (при системных и других заболеваниях).

Таким образом, длительность периода временной нетрудоспособности от момента обращения к врачу до окончания лечения составляет в среднем 6—9 мес. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о целесообразности увеличения срока пребывания онкологических больных на больничном листе до 6—8 мес, что позволит им после радикального лечения приступить к трудовой деятельности без перехода на инвалидность, хотя и с небольшим ограничением трудовой активности по рекомендации ВКК, но без направления по ВТЭК.

С целью улучшения организации медико-социальной реабилитации и уменьшения инвалидизации онкологических больных, которым было проведено радикальное лечение, по нашему мнению, целесообразно осуществить следующие мероприятия.

1. Создать отделения восстановительного лечения больных при онкологических институтах и крупных диспансерах или обеспечить реабилитацию онкологических больных в центрах (больницах) восстановительного лечения общего профиля.

2. Разработать и внедрить в практику методы лечения, позволяющие получить наилучшие непосредственные и отдаленные анатомо-функциональные результаты.

3. После радикального лечения рекомендовать онкологическим больным санаторное лечение, а также периодически проводить общеукрепляющее лечение в условиях отделения восстановительного лечения.

4. Изменить деятельность ВТЭК: более гибко, с учетом индивидуальных особенностей, подходить к оценке трудоспособности больных; увеличить (более 4 мес) продолжительность периода временной нетрудоспособности для долечивания, с тем чтобы больной мог вернуться непосредственно к трудовой деятельности без перехода на инвалидность; сокращать срок инвалидности II группы и активно переводить больных на III группу с правом заниматься посильным трудом; предоставлять работающим инвалидам III группы право на дополнительный отпуск и сокращенный рабочий день; расширять возможности профессионального обучения и переобучения больных с учетом их образования, квалификации, специальности и анатомо-функцио-

нальных нарушений, связанных с основным заболеванием и последствиями лечения; расширять возможности работы в домашних условиях.

5. Осуществлять научную проверку экономических затрат и ожидаемого экономического эффекта при различных методах лечения и реабилитации.

6. Предусмотреть в учебных программах медицинских вузов и училищ специальные курсы по гуманитарным дисциплинам, имеющим непосредственное отношение к медицине, таким как медицинская психология, социология медицины.

По нашим данным, в случае отсутствия целенаправленной восстановительной терапии лишь 30% онкологических больных после лечения могут заниматься трудовой деятельностью, в то время как поэтапное комплексное восстановительное лечение позволяет 60—80% больным приступить к трудовой деятельности в более ранние сроки после радикального лечения и значительно уменьшает инвалидизацию больных.

Восстановление трудоспособности и уменьшение инвалидизации онкологических больных имеют большое морально-этическое значение и, кроме того, связаны с решением важных социально-экономических проблем. Для успешного решения этой государственной задачи необходимы комплексный подход и создание единой системы мер с участием всех заинтересованных организаций и ведомств с целью активной социальной и медицинской реабилитации инвалидов во всесоюзном масштабе.

ГЛАВА 8

ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ОШИБКИ В ОНКОЛОГИИ

Самым трудным в воспитании врача является обучение его правилам поведения. В медицине правильное поведение определяется не рационалистическими рассуждениями о вежливости, а гуманностью самой медицинской специальности, так как единственная цель человека, получившего медицинское образование, — помощь людям, будь то связано с изучением причин болезней, профилактической работой, хирургическим лечением или организацией здравоохранения.

Не случайно крупнейшие врачи — Н. И. Пирогов, Н. Н. Петров, Н. Н. Блохин, Н. И. Краковский, С. Б. Корж — в своих работах по медицинской деонтологии в качестве определяющего деонтологического принципа выдвигают гуманность профессии медицинского работника. Этим не ограничивается объективное

значение правильного поведения врача. Оно также является его служебным долгом.

Правильное поведение врача-онколога имеет некоторые особенности, существенно отличающие его от поведения терапевта, инфекциониста и врачей других специальностей.

Особенности деонтологии в онкологии. Первая особенность — отсутствие ясности в этиологии злокачественных новообразований. Вот почему на задаваемый ежедневно больными и их родственниками вопрос о происхождении рака мы пока не можем дать однозначный ответ и далеко не всегда имеем возможность в беседе осветить достаточно сложные и нередко запутанные современные представления об этиологии и патогенезе рака. Такое положение порождает догадки и дает основание больным доверять легковерным суждениям неспециалистов и знахарей. Этому способствуют и публикации в печати, в которых приводятся поверхностные суждения о происхождении опухолей, сведения о новых препаратах, с помощью которых можно добиться излечения, что порождает у многих людей несбыточные надежды, а простота обоснований создает иллюзию правдивости.

Второй особенностью является широко распространенное мнение о неизлечимости злокачественных новообразований. В наше время ни одно заболевание не вызывает у людей такого ужаса и отчаяния, как рак. Реакцию на сообщение о выявлении злокачественной опухоли сейчас можно сравнить только с панической реакцией людей прошлых столетий при известии о заболевании проказой. Мнение о неизлечимости рака является первым и основным источником страха, за которым следуют и другие тяжелые психологические сдвиги.

Третья особенность, серьезно влияющая на поведение врача, — калечащий характер многих видов хирургического лечения, что угрожает непосредственно данному больному. Это обстоятельство усугубляется тем, что при правильной организации профилактических осмотров болезнь удается обнаружить у людей трудоспособного возраста, считающих себя здоровыми. В связи с тем что приходится предлагать произвести обширную и, несомненно, опасную операцию считающему себя практически здоровым человеку, необходимо привести убедительные аргументы, чтобы получить его согласие. Это совершенно неразработанная область психологии и деонтологии. Мы сталкиваемся с тем, что внезапно рушатся все планы, дела, стремления активно живущего человека. Он совершенно не подготовлен к такому крутому изменению жизни. Иное дело, когда болезнь сама изменила условия существования. Длительная температурная реакция, кашель, боли, плохой сон — все это развивается постепенно, и больной сам приходит к выводу о необходимости лечения вплоть до выполнения обширной операции. Однако, если нет ощущения болезни, люди, испытывая страх перед болезнью и тяжелой операцией, стремятся психологически «отгородиться» от несчастья. Врач не может убедить, больной отказывается от

лечения или откладывает его, в результате теряется драгоценное время.

Даже предложение произвести кажущуюся врачам небольшой операцию, такую как радикальная мастэктомия по Холстеду, наносит больным значительную психологическую травму хотя бы по косметическим соображениям, не говоря уже о возможном и даже весьма вероятном отеке руки. Особенно тяжело переносят больные решение о наложении противоестественного заднего прохода или гастростомы. Происходят истинные трагедии, незнакомые врачам многих других специальностей. Все это происходит внезапно для больного и его семьи и, по их мнению, без достаточно убедительных внешних поводов. Если предлагается ампутация конечности в связи с травмой или ее последствиями, то больной и его родственники подготовлены предшествующими событиями: произошла катастрофа, приведшая к травме, развился шок, ясна необходимость экстренных действий для спасения жизни. Все это очевидно и убедительно. В онкологии все происходит совершенно иначе. Например, у юноши или девушки, жалующейся на сравнительно несильные ночные боли и припухлость конечности, при рентгенологическом исследовании обнаруживают остеогенную саркому и в связи с этим предлагают ампутацию, тогда как у самого больного еще не сформировалось представление о том, что он тяжело и опасно болен.

Четвертая особенность — своеобразная реакция на диагноз рака. Согласно данным исследований, почти все больные раком, узнав о заболевании или заподозрив его, испытывают страх, почти у половины из них (от 37 до 50%) возникает депрессия. В дальнейшем развивается ощущение виновности, как собственной, так и окружающих, и, наконец, возникает гнев на родных или врача, а иногда и на родных, и на врача. Вскоре выявляется защитный рефлекс, выражающийся либо в неприятии диагноза рака, либо в повышенной вере в помощь врача, способного предотвратить дальнейшее развитие болезни, преодолеть ее. Такая закономерная реакция больного на болезнь является как бы ее симптомом, точно так же как, например, мания преследования и сутяжничество могут быть симптомами нейросифилиса.

Психологическая реакция больного на диагноз рака очень осложняет работу онколога. Она, безусловно, связана с представлением о неизлечимости рака, поэтому важнейшая задача врача-онколога — поколебать это мнение не только у данного конкретного больного, но и у населения в целом. Непонимание психологического статуса онкологического больного, его страха, депрессии, а главное, того, что его поведение обусловлено не особенностями характера, а болезнью, порождает многочисленные конфликты недостаточно компетентного врача с больными и их родственниками, служит поводом для жалоб. Все это создает в онкологическом учреждении совершенно особенную

психологическую атмосферу, требующую от врача особого искусства в общении с больными. Врач должен понимать состояние больного и стараться снимать негативные реакции (страх, гнев и др.) всеми доступными средствами — от лекарственной седативной терапии до психотерапии. Возникновение конфликта онкологического больного с врачом всегда является свидетельством совершенной врачом деонтологической ошибки.

Деонтологические ошибки врачей поликлиники общего профиля. Больной со злокачественной опухолью редко сразу приходит к онкологу. Обычно до онколога он проделывает длинный путь, побывав у своего участкового терапевта, затем у заведующего отделением, хирурга поликлиники и т. п. В связи с этим, как правило, цепь деонтологических ошибок начинается в кабинете врача общей лечебной сети из-за того, что не состоялась или была неправильно проведена первая беседа с больным. Именно по этой причине важной задачей онкологов и организаторов здравоохранения является деонтологическое воспитание, повышение онкологической квалификации врачей общей лечебной сети. К сожалению, эта работа обычно сводится к тому, что врачей знакомят только с основными сведениями по диагностике злокачественных новообразований, но вопросы деонтологии остаются в стороне. Мы уделяем очень мало внимания правилам поведения врачей общей лечебной сети, особенно врачей «первого контакта», при общении с больными. В том случае, если первая беседа построена неправильно и врач, заподозрив у больного рак, направляет его к онкологу и, более того, позволяет себе высказаться определенно о его заболевании, не установив точный диагноз, наступает реакция в виде страха.

К сожалению, правила поведения врачей и ведения беседы с больными и их родственниками никакими официальными актами не регламентированы, поэтому деонтологические ошибки, наносящие тяжелую психическую травму, порождающие много жалоб и заявлений, практически ненаказуемы.

Приходится постоянно встречаться с заявлениями врачей поликлиник, особенно участковых, что вследствие крайней перегруженности они не имеют времени для беседы с выявленными онкологическими больными. Это глубокое заблуждение хотя бы потому, что рак — заболевание, встречающееся сравнительно не часто; в течение года на врачебном участке с численностью обслуживаемого взрослого населения 2000—3000 человек ежегодно регистрируется не более 8—10 новых больных со злокачественными новообразованиями. Если учесть, что они составляют $^{1}/_{3}$ тех, у кого появляется подозрение на рак, то общее число больных, требующих особого внимания и соответствующей беседы, не превышает 24—30 человек в год, что составит 2—3 человека в месяц. Невозможно себе представить, что даже при значительной нагрузке врач не может как следует поговорить с 2—3 больными в месяц.

При медицинском обслуживании онкологического больного врачом поликлиники, во время бесед с больным и его родственниками чаще всего встречаются ошибки двух противоположных видов, которые в какой-то степени зависят от характерологических особенностей самого врача. Мы имеем в виду неоправданный оптимизм и запугивание, резко пессимистическое отношение врача к исходу болезни. Ни тот, ни другой подход недопустимы, особенно при разговорах с больными. Если врач заподозрил у больного злокачественную опухоль, то он должен спокойно объяснить пациенту и его родственникам, что положение серьезное и необходимо дообследование. Ориентировка на серьезность болезни не должна сама по себе вызывать естественную для онкологического больного реакцию страха.

Даже если диагноз рака кажется несомненным, правильнее ориентировать больного на серьезное дообследование и лечение. Это должно вытекать из внимательного неторопливого осмотра и обследования и столь же серьезной беседы. Мгновенно сделанный врачом вывод порождает либо недоверие к его мнению, либо суждение о полной очевидности далеко зашедшего опухолевого процесса.

Неоправданный оптимизм не менее опасен, чем запугивание. Эту ошибку чаще всего совершают хирурги поликлиник, которые считают, что могут лечить онкологических больных, не зная всех возможных методов лечения, кроме хирургического, и считая его единственно возможным. Особенно часто такие ошибки допускают при лечении опухолей кожи, в том числе меланомы — одной из наиболее опасных и коварных опухолей человека. В качестве примера приведем следующее наблюдение. В конце 1978 г. в одном из областных центров молодому человеку, аспиранту местного вуза, в поликлинике удалили небольшую пигментную опухоль на лице, исходя из сугубо косметических соображений. Опухоль казалась хирургу несомненно доброкачественной, локализация неудобна для выполнения обширного иссечения тканей, и операция была сделана в минимальном объеме.

Гистологическое исследование не проводили или оно было выполнено, но ответ гистолога и первичные препараты были утеряны, поскольку оперировавший врач, страдая избыточным оптимизмом, не проявил к ним интереса. Больной, его мать и жена были ориентированы на полное выздоровление, врач не разъяснил им, что необходимо тщательное обследование у специалиста. В связи с этим, когда через полгода у больного увеличились лимфатические узлы на шее, это было расценено самим больным и лечащим врачом как совершенно новое заболевание — шейный лимфаденит. Только после того, как было проведено довольно длительное физиотерапевтическое лечение, оказавшееся неэффективным, к сожалению, не врач, а мать больного обратилась за консультацией к онкологу. При пункции наиболее крупного узла был установлен метастаз меланомы,

и вся картина болезни предстала в совершенно ином свете. Болезнь быстро прогрессировала, вскоре рентгенологически были выявлены метастазы в легких, и надежда на полное излечение исчезла.

В данном наблюдении деонтологическая ошибка заключалась в том, что больной и его родственники не были информированы о возможных последствиях неадекватного удаления пигментного новообразования, что усыпило их бдительность и привело к поздней диагностике, неправильному лечению метастазов и столь печальному исходу.

Диагноз рака подтверждается не более чем у одного из 3 больных, направленных на консультацию в онкологические диспансеры. Мы считаем это положительным явлением, поскольку диагностика рака, особенно висцеральных локализаций, трудна и почти всегда требует применения специальных достоверных методов исследования, поэтому каждый больной, у которого подозревают злокачественную опухоль, должен быть направлен на консультацию к онкологу и пройти специальное дополнительное обследование. Здесь не должно быть места легкомыслию, которое может стоить больному жизни.

В то же время направление на дообследование к онкологу или в онкологическое учреждение очень часто пугает больных и даже порождает канцерофобию. Многие думают, что если их направили на консультацию в онкологическое учреждение, то у них наверняка рак, а в противоопухолевом лечении им отказывают вследствие неизлечимости болезни.

Н. И. Краковский в одной из своих работ рассказывал о трагическом финале жизни одной такой больной. Она была направлена на обследование в онкологическое учреждение в связи с подозрением на злокачественное новообразование. Подозрение оказалось необоснованным, и отсутствие рака было доказано с помощью современных и вполне достоверных методов исследования. Не поверив в истинность заключения врачей, больная начала добиваться консультации у разных специалистов, но всюду получала один и тот же, безусловно, правильный ответ. Клиника, которой в то время руководил Н. И. Краковский, в ее представлении была последней диагностической инстанцией, и, получив здесь такой же ответ, женщина выбросилась из окна и умерла. На вскрытии никаких признаков рака установлено не было.

Приведенный пример показывает, что уже при первом контакте с больным, еще до встречи с онкологом, может быть совершена деонтологическая ошибка, последствия которой трудно предусмотреть. Врач поликлиники должен не просто выписать направление, но обязательно разъяснить больному, что его посылают в специализированное учреждение, где созданы все условия для установления точного диагноза, куда обращаются не только онкологические больные, что, наконец, существует большая группа предраковых заболеваний, которыми так-

же занимаются онкологи, и без совета специалиста данный врач не может правильно организовать и провести лечение своего пациента.

Деонтологические ошибки врачей онкологической поликлиники. Обычно установление диагноза злокачественной опухоли не является конечным этапом обследования. Только после того как рак обнаружен, приходится выяснять важные подробности, определяющие возможность применения специального лечения. В связи с этим уже на амбулаторном этапе должен быть составлен план достационарного обследования. Больному следует объяснить, для чего такой план необходим, и в намеченные сроки его нужно неукоснительно выполнять. Например, если при раке шейки матки намечается проведение сочетанной лучевой терапии, то необходимо выполнить урологическое исследование. Такие больные часто жалуются на то, что их не госпитализируют для лечения, а «гоняют по врачам» неизвестно зачем. В основе каждой такой жалобы лежит деонтологическая ошибка, отсутствие правильного контакта между больной и врачом, подготавливающим ее к лечению.

До тех пор пока диагноз не подтвержден морфологически, врач не должен делать никаких определенных высказываний о сущности болезни. До морфологического подтверждения диагноза ни в коем случае нельзя говорить о нем с определенностью, потому что диагностические ошибки встречаются довольно часто. В качестве иллюстрации приведем следующее наблюдение. Мать одного из крупнейших хирургов Москвы жила в г. Горьком. Она заболела, и рентгенологически у нее был выявлен рак желудка. Операцию делал опытнейший горьковский профессор в присутствии сына больной и еще двух профессоров-хирургов — друзей сына. Во время лапаротомии были обнаружены опухолевое поражение всего желудка, увеличенные и плотные лимфатические узлы во всех зонах метастазирования и обсеменение брюшины. Всем присутствующим на операции диагноз был настолько ясен, что биопсия не была произведена. Больная прожила около 10 лет и умерла от другого заболевания. На вскрытии обнаружена почти полная регрессия, а при гистологическом исследовании установлен туберкулез желудка и брюшины.

Необходимо обратить внимание на то, что подобного рода наблюдения широко используют в корыстных целях шарлатаны и «врачеватели». Каждый из них умеет рассказывать о случаях чудесного излечения и показать таких излеченных людей. Слухи о них быстро распространяются среди населения. Следует отметить, что к знахарям обращаются отнюдь не только отсталые, некультурные люди. Наоборот, как это ни странно, широкообразованные люди, читающие много разнообразной литературы, где время от времени появляются неосторожные некомпетентные публикации о «новых методах» лечения рака, особенно настойчиво и упорно ищут якобы неизвестные ориги-

нальные медицинские методы лечения этой тяжелой болезни. Обычно это бывают не сами больные, а их родственники и друзья. Не проходит и дня, чтобы не пришел писатель, журналист, научный работник немедицинской специальности, иногда даже врач, далекий от проблем онкологии, посоветоваться о больном, признанном не подлежащим специальному лечению. При этом в качестве аргументов приводятся слухи об одном или двух известных им случаях излечения либо о публикации в общей печати. Беседуя на эту тему и не имея средств лечения больного раком в запущенной стадии, возможности хоть сколько-нибудь обнадежить его друзей и родственников, врачи часто совершают деонтологическую ошибку, не отвергая сразу возможность обращения к так называемым народным средствам или просто к знахарям. Заявления такого рода, как «делать нечего, почему не попробовать?, «больной абсолютно безнадежен, а вдруг ему поможет», свидетельствуют только о беспомощности врача.

Онколог поликлиники, беседующий с близкими и родственниками больного, а иногда и с самим больным, обязан занимать прочную и непримиримую позицию. Естественно, для того чтобы позиция была такой, необходимо знать степень подтвержденности диагноза во всех его онкологических подробностях и четко представлять себе возможности и пути не только радикального, но и также паллиативного и симптоматического лечения онкологических больных, особенно с запущенными стадиями процесса. Нужно помнить о том, что практически у каждого онкологического больного с запущенной формой опухоли путем паллиативных и симптоматических мероприятий удается добиться ремиссии, иногда довольно длительной, и, что важнее всего, облегчить его страдания. Более того, при раке некоторых локализаций ремиссии нередко наступают самопроизвольно, что может быть расценено как эффект от применения абсолютно неспецифических и даже вообще недейственных лекарственных средств, чем также широко пользуются шарлатаны.

Приведенные соображения и факты свидетельствуют о том, что врач не имеет права отдать больного в руки некомпетентных людей, тем более шарлатанов, потому что он, врач, якобы не располагает средствами для выполнения своего врачебного долга. От этой деонтологической ошибки необходимо всячески предостерегать еще и потому, что она наносит вред не только больному, но и медицине, подрывая ее авторитет. Следствием такой ошибки может быть и, вероятно, нередко бывает отказ от лечения вполне излечимого больного со злокачественным новообразованием, который обращается за помощью к «врачевателям», узнав о случае мнимого излечения, которое было в действительности обычной ремиссией, не связанной с примененным методом.

Многие врачи онкологических поликлиник совершают ошибку, сообщая больному, что он нуждается в немедленной госпи-

тализации и операции. Действительно, онкологические больные не должны долго ждать начала лечения (не более 10 дней от момента установления диагноза). Однако 10 дней — это не экстренная госпитализация. Гораздо лучше для больного пройти полное обследование в амбулаторных условиях и поступить на лечение в хорошо оборудованное специализированное учреждение, где ему будет оказана необходимая лечебная помощь высококвалифицированными специалистами.

Будучи ориентирован на экстренную госпитализацию, больной начинает нервничать, обвинять врачей в медлительности. Наконец, если он имеет возможность через друзей, знакомых или в силу своего служебного положения обойти продуманные пути госпитализации, то стремится попасть в любое лечебное учреждение, лишь бы быстрее было начато лечение. В результате возникают жалобы или больного госпитализируют в непрофильное учреждение, из которого его затем переводят в специализированное, что приводит к значительной потере времени. Все эти факты, к сожалению, нередки и дают основание выдвинуть требование, чтобы больных знакомили с планом их обследования и разумным сроком госпитализации.

Часто врач-онколог поликлиники позволяет себе единолично составлять план лечения и объявлять его больному, в частности, предлагать ему произвести операцию еще до того, как закончено обследование. Позже, по окончании обследования в стационаре, могут быть выяснены дополнительные обстоятельства, исключающие возможность выполнения операции, в результате чего складывается необыкновенно сложная деонтологическая ситуация. Больной уже преодолел страх перед операцией и считает, что только операция может его излечить (кстати, многие думают, что только хирургический метод эффективен при всех формах опухолей), и вдруг в операции ему отказывают. У него сейчас же появляются мысли о неизлечимости болезни, приходит отчаяние.

Именно исходя из этих деонтологических соображений, предложить операцию и обсудить с больным и его родственниками ее возможные исходы и последствия имеет право только тот врач, который берет на себя личную ответственность за предстоящее лечение, только он и никто другой. Во всех сомнительных случаях, когда могут быть избраны разные способы лечения или проведено комбинированное лечение, необходим консилиум.

Деонтологические ошибки врачей стационаров. Около половины всех онкологических больных получают лечение в стационарах общего профиля, поэтому вопрос о деонтологических ошибках врачей стационаров мы рассматриваем, не выделяя профильные (онкологические) учреждения.

Безусловно ошибочным является очень часто встречающееся мнение врачей любой квалификации и с любыми высокими званиями, что они одинаково хорошо знают все методы лече-

ния, применяемые в онкологии: хирургический, лучевой, химиотерапию, иммунотерапию и т. д. Совершенно не случайно только в онкологии проведение консилиумов является обязательным. Если больному предстоит выполнить обширную и объективно опасную операцию, а существуют другие методы лечения, может быть, менее радикальные, но дающие надежду на выздоровление или достаточно длительную ремиссию, то врач обязан во всех случаях подробно разъяснить больному (если он разумен и адекватен) и его родственникам все возможные варианты лечения. Например, частота случаев излечения рака пищевода с помощью лучевой терапии и сочетания ее с химиотерапией ниже, чем при хирургическом лечении. Однако при так называемом консервативном лечении ремиссии удается добиться почти у всех больных, а летальность в связи с лечением практически отсутствует. В то же время при хирургическом и комбинированном лечении рака этой локализации летальность достигает 20—25%, и никому не дано право решать за больного, что он хочет выбрать: 25% риск умереть в самое ближайшее время или прожить 1—1,5 года в сносных условиях без гастростомы после хорошо проведенной лучевой терапии. Если учесть, что после хирургического лечения длительно живут около 20% перенесших операцию, а после комбинированного лечения, продолжающегося несколько месяцев (включая этапы восстановления пищевода), — не более 30—35%, то этот вопрос встает еще более остро.

Многие хирурги, увлекаясь доказательствами эффективности разработанных ими методов лечения, ведут расчет проживших после операции 5 лет и более, считая исходной цифрой число больных, перенесших операцию. Н. Н. Блохин же не раз подчеркивал, что для сравнения с эффективностью консервативного лечения необходимо вести расчет, исходя из числа обратившихся за лечением. При таком подходе преимущества хирургического метода не выглядят столь значительными, как это кажется на первый взгляд. Здесь необходимо проявить врачебный разум и принимать решение не за своего больного, а вместе с ним. Эту точку зрения разделяют не все специалисты. С. С. Юдин (1952), например, писал, что врач не имеет права перекладывать решение на плечи больного. Мы полагаем, что С. С. Юдин исходил из позиции хирурга, имеющего в основном дело с ургентными больными. При прободной язве, завороте, остром перитоните, во-первых, нет выбора; без операции летальный исход неизбежен; во-вторых, нет времени на длительные беседы и ожидание прихода родственников, а больной из-за тяжелого состояния обычно не способен спокойно и здраво обсуждать с врачом перспективы лечения. С. С. Юдин совершенно прав, что в таких случаях хирург обязан взять на себя всю полноту ответственности, а от больного только получить формальное согласие на операцию.

Иначе обстоит дело при лечении больных со злокачествен-

ными опухолями. Конечно, и в онкологии есть немало заболеваний, при которых альтернатива ясна и несомненна: радикальное лечение или смерть. Такая ситуация складывается, например, при операбельном раке желудка. Однако и в подобных случаях решение вопроса о применении относительно опасного для жизни метода лечения выглядит иначе, чем в общей, особенно экстренной, хирургии. Послеоперационная летальность при больших операциях на легких, прямой кишке, желудке, пищеводе, почке, несмотря на все усилия, остается довольно высокой. Кроме того, при самом тщательном выполнении операции с соблюдением всех принципов онкологической хирургии и даже при правильно проведенном комбинированном или комплексном лечении никто не гарантирован от появления метастазов в ближайшие месяцы. При раке желудка III стадии только 30—35% оперированных живут после операции более 5 лет. Если число умерших в эти сроки принять за 100%, то почти 50% из них умирают в течение первых 2 лет, причем большинство в первый год. Таким образом, у части успешно оперированных больных средняя продолжительность жизни почти такая же, как у неоперированных больных раком желудка.

При решении этой деонтологической задачи вступает в противоречие уверенность врача в полной бесперспективности дальнейшей жизни больного раком, если ему не будет проведено специальное лечение, с пока еще значительным количеством неудачных исходов такого лечения. Из этого следует, что решить вопрос об операции при раке желудка совсем не просто, при этом необходимо учесть все жизненные обстоятельства данного больного и обсудить их с родственниками и близкими больного. Неоправданный оптимизм приводит к тому, что через 1—2 года врач, обещавший полное выздоровление, иногда остается один на один, лицом к лицу с осиротевшей семьей больного и должен держать перед ними ответ прежде всего потому, что они объясняют смерть своего родственника не запущенностью болезни, а недостаточным мастерством врача.

Хирургу, потерпевшему неудачу, потерявшему больного, безмерно тяжело встретиться с его родственниками и близкими, но он обязан это сделать и честно, не щадя себя изложить все обстоятельства. Откровенный разговор с родственниками умершего — тяжелая обязанность, но это входит в деонтологический минимум деятельности врача. Уклонение от выполнения этой обязанности — деонтологическая ошибка, нередко ведущая к тяжелым последствиям.

Улучшение результатов лечения онкологических больных зависит не только от повышения радикализма операций, но и от раннего, своевременного выявления лиц со злокачественными новообразованиями. Применительно к рассматриваемому нами вопросу решение об использовании хирургического метода лечения проводится в жизнь врачом-онкологом настойчиво только

тогда, когда надежды на излечение достаточно обоснованны, т.е. при I—II стадии рака. При III стадии рака нужно учитывать, на основании каких данных установлена эта степень распространения опухолевого процесса: если по размерам первичной опухоли, то надежда на излечение достаточно обоснована, если же по метастатическому компоненту, то дело обстоит значительно хуже. Это не означает, что мы должны отказывать в операции больным с опухолями III стадии. Огромный опыт онкологической хирургии показывает, что даже при тяжелых формах рака желудка с прорастанием соседних органов и наличием метастазов в регионарных лимфатических узлах удается добиться полного излечения некоторых больных. Ю. Е. Березов (1969) отмечал, что при таких тяжелых поражениях нужно считать не умерших непосредственно после операции и в ближайшие дни после нее, а выживших, поскольку каждый из них «вырван из рук смерти».

В самом деле, отказ больного от операции мы вполне обоснованно считаем следствием деонтологической ошибки. В то же время жалоба родственников на врача, у которого сразу после большой операции или через очень короткий промежуток времени умер больной, — также следствие деонтологической ошибки, неполной, нечеткой информации. Выход из этого положения только один: когда обследование больного завершено и судьба его всесторонне обсуждена на консилиуме, должны состояться две беседы — с больным и родственниками (обязательно в его отсутствие). Лучше сначала поговорить с родственниками, а затем — с больным, потому что большинство людей стремятся как можно скорее после предложения врача произвести операцию, обсудить этот вопрос со своими близкими, а они должны быть подготовлены к этому разговору. Больному сообщают, что опытные врачи, всесторонне обсудив его заболевание и состояние здоровья с учетом буквально всех обстоятельств, не нашли другого выхода, кроме операции. Ему нужно сказать, что у него, безусловно, излечимая форма болезни, не называя при этом болезнь. Как это ни странно, но большинство больных и не просят назвать диагноз. Если же просят, то следует сказать, что у них пограничная форма болезни, которая в дальнейшем может стать раком, если своевременно не удалить пораженный орган. Только в том случае, если больной отказывается от операции или колеблется, а стадия заболевания действительно дает обоснованную надежду на выздоровление, ничего не остается, как сказать больному, что у него излечимая форма рака.

Отказ от лечения, от операции — пока еще нередкое явление, и это свидетельствует прежде всего о недостаточном понимании врачами деонтологических задач в онкологии [Шубин Б. М. и др., 1979]. Крайне важно уловить момент появления особой веры во врача, использовать эту веру на пользу больному, не давая ей угаснуть. Иногда возникает сложная ситуация, по-

скольку больной начинает верить только врачу, который способен оказать ему максимально адекватную лечебную помощь. В этих случаях решающее значение имеют личные качества и культурный уровень лечащего врача. В его поведении не должно быть ни малейших признаков зазнайства. В глубоко продуманном откровенном разговоре нужно убедить больного в том, что в учреждении, куда он будет направлен, работают врачи высокой квалификации, способные осуществить лечение на самом высоком уровне. Не следует стесняться сообщить больному, что сам врач недостаточно компетентен в данном вопросе, поэтому вынужден направить больного к специалистам. Иное поведение следует считать деонтологически ошибочным, и последствия для больного могут быть трагическими.

Необходимо всегда помнить первый афоризм Гиппократа: «Жизнь коротка, путь искусства долог, удобный случай скоропроходящ, опыт обманчив, суждение трудно. Поэтому не только сам врач должен употребить в дело все, что необходимо, но и больной, и окружающие, и все внешние обстоятельства должны способствовать врачу в его деятельности». Эти обстоятельства создаются только врачом для его пациента, и больше никто за них не отвечает.

Тональность беседы с родственниками должна быть иной. Если решение об операции принято на врачебном консилиуме безоговорочно, то нужно об этом сразу сказать родственникам больного, но указать на возможность осложнений и, пусть небольшую, вероятность неблагоприятного исхода. Если операция действительно необходима, то рекомендация должна быть категоричной, безапелляционной. В случае возникновения сомнений необходимо ввести родственников в курс дела во избежание дальнейших недоразумений. При решении вопроса о выборе хирурга от руководителя отделения требуется большой такт. Естественно, молодым, недостаточно подготовленным в профессиональном отношении врачам необходимо давать возможность оперировать, постепенно и разумно увеличивая объем и сложность хирургических операций, выполняемых каждым из них. Многие больные не задают вопроса о том, кто их будет оперировать. В этих случаях такой вопрос вообще поднимать не стоит. Обе стороны подразумевают, что больной доверяет всему коллективу отделения, а руководитель отделения дает безмолвное обязательство обеспечить выполнение операции на необходимом оперативно-техническом уровне. Если же больной и его родственники просят, чтобы операцию выполнял определенный врач, и эта операция действительно может быть выполнена данным врачом, то отказывать пациенту нет никаких оснований, даже если этот врач не ведет непосредственно данного больного. Только в том случае, если врач, заслуживший доверие своего пациента, не готов к выполнению операции требуемого объема и сложности, заведующий отделением в беседе с больным и его близкими, подчеркнув уважение к избранному

ими врачу, должен сказать, что в отделении имеет место некоторая специализация врачей, а намечаемая операция не по специальности данного врача и он, заведующий, лично обеспечит ее выполнение.

Иногда наблюдается противоположная ситуация, когда опытнейший руководитель отделения из-за возраста или состояния здоровья не может выполнить данную операцию, а больной, так сказать, ложится к нему, узнав от других пациентов или из печати о его мастерстве и хороших исходах операций, сделанных им в прошлые годы. Каждому опытному хирургу, особенно хирургу-онкологу, делающему особенно сложные многочасовые обширные операции, приходится со временем отходить от непосредственной работы у операционного стола. Один или несколько учеников обгоняют его в чисто техническом отношении, но еще не успевают обрести его опыта и мудрости, приходящих с годами. Мудрость учителя должна проявляться в умении не только установить точный диагноз и выбрать правильную тактику лечения, но и сохранить здоровый коллектив, не создавать конкуренции с учениками и на каждом этапе всей врачебной деятельности занять правильное место в руководимом им коллективе. В таком случае ведущий хирург-онколог объясняет больному, обратившемуся к нему с просьбой лично выполнить операцию, что он обязательно примет участие в ее выполнении. Расстановка сил у операционного стола, особенно в настоящее время, когда большинство операций выполняют под наркозом, в конце концов остается для больного неизвестной, у него же должна быть полная уверенность в том, что операцию выполняет «первый состав» хирургов.

В заключение необходимо рассмотреть принципиальный вопрос о допустимом объеме информации, получаемой онкологическим больным на всех этапах оказания ему онкологической помощи. Дж. Холланд, известный американский психиатр, изучающая психологические аспекты заболевания раком, писала в 1975 г.: «Новый уровень непрофессиональных суждений о медицинских вопросах требует более полного объяснения всего, что связано с заболеванием, не только семье больного, но во все большей степени самому больному». В США с 1950 г. отказались от практики утаивания от больного раком его диагноза. Однако причина этого далека от забот о здоровье больного, в чем откровенно признается американский профессор Дан Б. Доббс: «Пациент имеет право решать не потому, что его решение окажется более разумным, а потому, что это его решение. Суд защищает не здоровье больного, а его право самому решать собственную судьбу...»

Существуют две крайние точки зрения о том, что должен знать онкологический больной о своей болезни. Мы не можем принять полностью ни ту, ни другую. Истина лежит посредине. В одних случаях не только можно, но и нужно сообщить диагноз, особенно если излечимый больной отказывается от полно-

ценной медицинской помощи. Однако честность вовсе не равнозначна жестокости: больной при этом получает от врача эмоциональную поддержку в виде надежды на выздоровление. В других случаях, особенно когда радикальное лечение невозможно, от больного приходится скрывать истину. Неизлечимые больные нуждаются в особом внимании и чутком отношении со стороны врача и ближайших родственников. В общении с такими больными приходится играть очень сложную роль. Нельзя уступать требованиям обреченного больного открыть ему глаза на перспективу болезни, даже когда он утверждает, что выдержит все, лишь бы знать правду. Как заметил однажды В. В. Вересаев, «если надежды нет, то лги мне так, чтобы я не усомнился, что ты говоришь правду». Даже самый тяжелый больной при умелом поведении врача и родственников способен верить в успех лечения.

ГЛАВА 9

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ

В структуре онкологической заболеваемости опухоли кожи стоят на третьем месте [Павлов К. А. и др., 1987], причем в последние годы отмечается неуклонный рост заболеваемости по РСФСР. Так, в 1984 г. она составила 26,8 на 100 000 населения, в 1985 г.— 27,2, а в 1987 г. — уже 28,8.

Меланома составляет около 10% от всех опухолей кожи. Кривая заболеваемости меланомой кожи в СССР идет вверх, и если в 1981 г. она составила 1,8, то в 1985 г. — уже 2,0 на 100 000 населения, а в абсолютных цифрах в 1982 г. — 4857 и в 1985 г. — 5712 больных. Обращает на себя внимание рост заболеваемости меланомой кожи во всех странах мира на 2,6—11,7% ежегодно [Iscovich J. M., 1979]. Смертность от злокачественных опухолей кожи в СССР составляет 0,8—0,9 на 100 000 населения [Фалилеев Г. В., 1979]. По данным А. П. Шанина (1959), удельный вес меланомы среди причин смертности от всех злокачественных опухолей колебался от 0,5 до 0,9%.

Опухоли кожи относятся к «визуальным» локализациям. Ранняя диагностика этих опухолей во многом зависит от того, насколько внимательно сам больной относится к своему здоровью, насколько он осведомлен о болезни, а врач, к которому он обратился, настороженн в отношении онкологических заболеваний. Опухолевые поражения кожи вызывают косметические дефекты, особенно при локализации на лице. Все это способст-

вует тому, что больные довольно быстро обращаются к врачам разных специальностей — хирургам, терапевтам, дерматологам. Вместе с тем, по данным научно-исследовательского института онкологии им. Н. Н. Петрова [Раков А. И., Хачатурян Л. М., 1972], почти у 1/3 больных с меланомой кожи к моменту госпитализации в стационар уже имелись регионарные метастазы, что было связано в ряде случаев с диагностическими ошибками, отсутствием у врачей достаточных знаний и онкологической настороженности.

При анализе амбулаторных карт 234 больных, направленных в 1987 г. в поликлинику МНИОИ им. П. А. Герцена различными медицинскими учреждениями, было установлено, что у 44 (14%) больных диагноз был неопределенным. Это в известной степени свидетельствует о недостаточном уровне знаний врачей этих учреждений. После детального обследования, проведенного в поликлинике института, выяснилось, что среди этих 234 человек есть больные и с другой патологией: меланома кожи диагностирована у 63 (26,9%) больных, базалиома — у 51 (21,8%), доброкачественные опухоли кожи — у 78 (33,3%), плоскоклеточный рак кожи — у 8 (3,5%), саркома Капоши — у 5 (2,1%), прочие заболевания кожи — у 29 (12,4%) больных. Эти соотношения не являются абсолютными, а лишь указывают на определенные объективные трудности в диагностике опухолей кожи. Наибольший удельный вес составляли доброкачественные опухоли кожи (33,3%), меланома (26,9%) и базалиома (21,8%).

При сопоставлении диагнозов направивших учреждений и диагнозов, установленных после дообследования и лечения в МНИОИ им. П. А. Герцена, было выявлено, что наибольший процент совпадений (88,1%) был при базалиоме. Это объясняется, по-видимому, тем, что данная опухоль имеет довольно характерную клиническую картину и часто доступна морфологической верификации путем цитологического исследования.

Из 78 больных с доброкачественными опухолями кожи 30 были направлены с диагнозом, который при дообследовании был подтвержден, а 48 — с подозрением на меланому. На основании результатов детального обследования установлены диагнозы различных доброкачественных опухолей кожи: болезнь Боуэна — у 1 больного, сосудистые опухоли (ангиома, ангиофиброма) — у 8, дерматофиброма — у 8, пигментный невус — у 13. Таким образом, выявлена гипердиагностика меланомы кожи при распознавании опухолей кожи на догоспитальном этапе обследования.

Вместе с тем из 63 больных с меланомой кожи 39 поступили с рецидивами опухоли и генерализацией процесса либо они были направлены после экономного иссечения опухоли, что не вызвало особых затруднений в диагностике. Из остальных 24 больных с первичной, ранее не леченной меланомой только 5 направлены с правильным диагнозом, 9 — с диагнозом «забо-

левание кожи», 5 — с подозрением на меланому, 5 — с диагнозом «невус». Эти данные свидетельствуют о явной гиподиагностике меланомы.

Затруднения, возникающие при диагностике меланомы, обусловлены многими объективными причинами, однако врачи, к которым обращаются больные, не сразу направляют их к онкологу, не используют все возможности для установления правильного диагноза. Так, из 10 больных с меланомой, направленных в поликлинику МНИОИ им. П. А. Герцена, ни у одного не было выполнено морфологического исследования (цитологическое исследование отпечатков с поверхности опухоли).

Нами проанализированы также истории болезней 125 больных с меланомой кожи, находившихся на лечении в отделении общей онкологии института. Большинство из них (79%) были в возрасте от 30 до 50 лет. Сами обнаружили опухоль 89,6% больных, при профосмотрах она выявлена у 7,2%, при обследовании врачами разных специальностей по поводу других заболеваний — у 3,2%.

Более половины больных (52,6%), которые сами обнаружили опухоль, обратились к врачу спустя 12—36 мес и только 0,8% — в первый же месяц. У 87,6% от общего числа больных от момента установления диагноза до начала лечения прошло 1—3 мес, у 4,7%—3—36 мес.

В связи с изменениями приобретенного или врожденного невуса больные обращаются к врачу поликлиники, чаще к хирургу, реже к онкологу. Основные причины ошибочных решений на догоспитальном этапе — отсутствие знаний об онкологической патологии и неполное обследование больных без консультации онколога.

По нашим данным, у 3% больных причиной потери времени до начала лечения явилась плохая организация направления к онкологу, а у 11,4% — неправильно поставленный диагноз врачом, осмотревшим больного. Примером клинической ошибки врача может служить следующее наблюдение.

Больная, 47 лет, поступила в институт с диагнозом: новообразование кожи. Около 4 лет назад заметила пигментное пятно на коже правой голени, которое постепенно увеличивалось. Год назад обратилась к районному онкологу, который после простого осмотра рекомендовал наблюдение. Больная больше к врачу не обращалась и занялась самолечением — прикладывала к опухоли «мумие». После неоднократного травмирования пигментная опухоль в последние 2 мес стала быстро увеличиваться, кровоточить. В марте 1986 г. при поступлении в институт у больной на коже наружной поверхности средней трети правой голени имелась экзофитная опухоль грибовидной формы до 3 см в диаметре, покрытая сухими корочками. Кожа вокруг опухоли гиперемирована, инфильтрирована. В правой паховой области пальпировался эластический лимфатический узел до 0,8 см в диаметре. Цитологическое исследование отпечатков с поверхности опухоли: злокачественная меланома. Больной проведено комбинированное лечение: предоперационная лучевая терапия на опухоль, затем иссечение опухоли с пластикой свободным кожным лоскутом, правосторонняя пахобедренная лимфаденэктомия. Гистологическое исследование удаленного препарата: слабопигментная эпителиально-веретеноклеточная меланома узловой фор-

мы с изъязвлением, III уровень инвазии, толщина опухоли по Бреслоу 5 мм. В лимфатических узлах метастазов не обнаружено.

Как уже отмечалось, подавляющее большинство больных сами обнаруживали у себя опухоль, однако 52,6% из них впервые обратились к врачу через 12—36 мес, когда размеры опухоли достигали 2—3 см в диаметре. Основными причинами потери времени при самообнаружении опухоли у наблюдавшихся нами больных являлись неосведомленность о характере заболевания (75,8%), семейные обстоятельства и занятость на работе (9,8%).

Нами установлено, что за 6 мес опухоль увеличилась в 2 раза у 52 (39,4%) из 132 больных с меланомой, за 6—12 мес — у 32 (17,4%), более чем за 12 мес — у 48 (36,4%) больных, у 9 (6,8%) больных темп роста не установлен. Эти данные свидетельствуют о длительном (в течение нескольких лет) клиническом течении меланомы и о том, что за это время диагноз заболевания может быть без труда установлен у многих больных. Приводим наблюдение, являющееся характерным примером того, как из-за того, что больная недооценила тяжесть заболевания и рекомендации врачей, лечение было начато с опозданием на несколько лет.

Больная, 33 лет, около 5 лет назад заметила пигментное пятно на коже левой лопатки, которое постепенно увеличилось. Несколько раз во время профосмотров врачи рекомендовали обратиться к онкологу, но ни разу не проверили исполнение рекомендации. Больная обратилась к онкологу только в апреле 1986 г., когда после травмы в области пятна начался экзофитный рост. При поступлении в институт на коже левой лопаточной области имелось темно-коричневое пятно размером 4×3 см, на фоне которого выступало экзофитное образование 1,5 см в диаметре с эрозированной поверхностью. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Цитологическое исследование отпечатков с поверхности опухоли: меланома. При радионуклидном исследовании с ^{32}P уровень накопления изотопа 775—738—710%. Проведено комбинированное лечение: предоперационная лучевая терапия на опухоль (СОД 24 Гр), затем широкое иссечение опухоли и подключично-подмышечная лимфаденэктомия слева. Гистологическое исследование препарата: злокачественная пигментная меланома узловой формы с изъязвлением по поверхности, эпителиоклеточная, частью невоклеточная, III уровень инвазии, толщина опухоли по Бреслоу 2 мм. В лимфатических узлах метастазов не обнаружено.

Если учесть, что, по нашим данным, удвоение размеров опухоли за 6 мес отмечено у 52 (39,4%) больных, то становится понятной цена потери времени на догоспитальном этапе.

О трудностях, возникающих при диагностике и выборе рациональной тактики лечения больных с меланомой кожи, пишут многие зарубежные авторы. Так, американские ученые J. B. Fitzpatrik и соавт. (1985) подчеркивают чрезвычайную важность раннего распознавания меланомы кожи и пропагандируют самодиагностику по типу широко рекламируемого в изданиях по санитарному просвещению самообследования. Авторы указывают, что, несмотря на продолжающееся увеличение за-

болеваемости меланомой во многих странах, в частности в США, прогноз при этом заболевании стал лучше благодаря более раннему выявлению опухоли. Отмечается, что в профилактике меланом большое значение имеет своевременное выявление предмеланомных поражений кожи, основные из которых — так называемые диспластические меланоцитарные невусы (ДМН), представляющие собой атипические варианты обычных меланометарных невусов с явлениями внутриэпидермальной дисплазии.

Согласно данным литературы, ДМН встречаются примерно у 2—3% всего населения земного шара и у 1/3 больных с меланомой, поэтому лиц с ДМН следует относить в группу риска развития меланомы.

L. Temoshok и соавт. (1984) провели в Университете Сан-Франциско ретроспективное обследование 106 больных с гистологически верифицированной меланомой кожи с целью выявить влияние ряда факторов (клинических, демографических, психологических), а также известных клинико-морфологических прогностических параметров на обращаемость к врачу. Возраст больных варьировал от 19 до 72 лет (около половины больных были в возрасте 30—49 лет). Получены следующие результаты. При локализации опухоли на малодоступных для самообследования местах, особенно на спине, больные обращались к врачу поздно. Больные с прогностически неблагоприятной узловой формой меланомы чаще замечали ее сами и быстро обращались за медицинской помощью. Пациенты, мало осведомленные о меланоме и ее лечении, как правило, обращались к врачу позднее лиц, информированных об этой патологии. Вопреки ожиданиям, больные, недооценивавшие серьезность своего заболевания, обычно рано являлись к врачу, по-видимому, с целью уменьшить чувство беспокойства. У больных с поверхностно-распространяющейся и особенно узловой формами меланомы установлена статистически значимая прямая корреляционная зависимость времени обращения к врачу и выживаемости от таких прогностических параметров, как уровень инвазии опухолевых клеток в дерму по Кларку и толщина опухоли по Бреслоу.

Югославские авторы J. Molеček и соавт. (1986) подчеркивают трудности в раннем распознавании меланомы кожи, особенно в дифференциальной диагностике меланомы и ряда пигментированных поражений кожи типа пигментных невусов, себорейных кератом (старческие бородавки), пигментированных базалиом и гемангиом. Беспигментную меланому трудно отличить от пиогенной гранулемы. При нередкой подногтевой локализации (так называемая акральная меланома) меланому следует дифференцировать от гематомы, паронихии, невуса и гломусной опухоли. Отмечено, что травмирование меланомы, даже ранней формы, может способствовать диссеминации опухолевого процесса, поэтому биопсию подозрительного очага следует производить тотально.

Ирландские онкологи V. J. Weidner и соавт. (1983) проанализировали клинические наблюдения за 12-летний период (с 1970 по 1981 г.) над 952 больными, у которых была заподозрена меланома кожи. Гистологический диагноз был подтвержден у 751 больного и отвергнут у 201, т. е. процент гипердиагностики оказался высоким — 21,1. Всего за указанный период меланома верифицирована гистологически у 796 больных, в том числе у 45 больных, у которых клинически она не была диагностирована (индекс гиподиагностики 5,7%). На основании клинических данных у этих 45 больных были установлены следующие диагнозы: невус (у 20 больных), сопутствующие опухоли (у 6), пигментная базалиома (у 4), ювенильная доброкачественная «меланома Шпитца, пигментированный себорейный кератоз, плоскоклеточный рак кожи (по 2), кератоксантома, ретикулосаркома, голубой невус, болезнь Боуэна, подошвенная бородавка (по 1), другие заболевания (у 4). О трудностях диагностики сообщается в работах Р. Иконописова и соавт. (1977), G. Illig и соавт. (1984), J. L. Smiths (1984).

В отечественной литературе нет специальных публикаций, посвященных ошибкам в диагностике и лечении меланомы, но во всех крупных монографиях, посвященных меланоме, подчеркиваются возникающие при этом трудности. Однако в них не проводится серьезный анализ допущенных врачебных и организационных ошибок на всех этапах выявления, обследования и лечения больных. Наиболее часто приходится проводить дифференциальную диагностику следующих опухолей.

Пигментные невусы. Различают три вида этих новообразований.

Эпидермо-дермальные невусы. Наиболее часто локализуются на голове, шее, ладонях и стопах. Принято считать, что эти невусы обладают наиболее выраженной склонностью к малигнизации. Их размеры варьируют от нескольких миллиметров до 1 см. Обычно это небольшой плоский или слегка выступающий над поверхностью кожи узелок, цвет которого от светло-коричневого до черного. Поверхность гладкая, почти всегда без оволосения.

Комбинированные смешанные невусы. В настоящее время такой невус рассматривают как доброкачественную ювенильную меланому (ЮМ), которая возникает как у детей, так и у взрослых, но чаще всего в период полового созревания. ЮМ представляет собой плоский или полусферической формы единичный узелок. Обычно его поверхность гладкая, но может быть папилломатозной. Никогда не имеет оволосения и встречается одинаково часто у представителей обоих полов. Новообразование имеет розовато-красный или желто-коричневый цвет, поэтому может напоминать как гемангиому, так и ангиокератому. Диагноз окончательно устанавливают только на основании результатов гистологического исследования.

Дермальные невусы. Наиболее часто встречающимся представителем этих невусов является синий (голубой) невус. Он обычно представляет собой гладкий округлый четко ограниченный узелок размером от 4 мм до 2 см. Его классическая синяя окраска может иметь серо-синий или угольно-черный оттенок. Наиболее часто голубой невус располагается на коже лица и верхней конечности. Его характерной чертой является раннее прекращение развития и роста. Отличить голубой невус от злокачественной меланомы по внешнему виду опухоли довольно трудно. Часто только с помощью гистологического исследования можно решить вопрос о характере заболевания, хотя многолетнее существование опухоли свидетельствует в пользу невуса.

Себорейная (старческая) бородавка. Это доброкачественная эпителиальная опухоль, наблюдающаяся обычно у лиц пожилого возраста и характеризующаяся разрастанием эпидермиса. В литературе эту опухоль называют также себорейной кератомой. Она встречается одинаково часто у мужчин и женщин, локализуется главным образом на закрытых частях тела (спина, грудь, плечи), хотя может встречаться на волосистой части головы, реже — на лице. Появлению бородавки предшествует образование желтоватого пятна, которое постепенно увеличивается, поднимается над поверхностью кожи и пигментируется до коричневого или черного цвета. Поверхность образования покрывается серой коркой с трещинами и сальным отделяемым. Опухоль растет медленно, с длительными ремиссиями, и лишь изредка отмечается довольно быстрый рост. Размеры бородавки колеблются от 3—4 мм до 3—4 см. Опухоль имеет округлую или овальную форму, нередко располагается на ножке. Субъективные ощущения отсутствуют.

Болезнь Боуэна. Заболевание проявляется в виде медленно растущего образования кожи, по современным представлениям являющегося внутриэпидермальным раком «carcinoma in situ». Клиническая картина болезни Боуэна довольно разнообразна. Помимо описанных Bowen (1912, 1915) резко отграниченных «ползучих» бляшек бледно-розового или темно-красного цвета, гладких или шероховатых, могут возникать папилломатозные разрастания, иногда с изъязвлением и пигментацией. Обычно определяются приподнятые над поверхностью кожи бляшки, четко отграниченные от окружающих тканей, чаще одиночные, реже множественные. Бляшки покрыты сероватой шелушащейся коркой. Иногда в центре бляшек наблюдаются атрофия эпидермиса, папулезные высыпания и сосочковые разрастания. Бляшки могут существовать много лет без существенных изменений, но затем возможно их озлокачествление. Они могут локализоваться на любом участке кожи, но чаще возникают на коже туловища, лица, шеи, нередко в виде множественных очагов. Болезнь встречается в возрасте от 20 до 80 лет. Пол значения не имеет.

Предраковый меланоз Дюбрейля. Впервые S. Hutchinson (1892) описал этот процесс как старческое пятно или «поверхностный меланоз». М. Дюбрейль (1912) определил его как «ограниченный предраковый меланоз». Важно дифференцировать предраковый меланоз Дюбрейля (МД) от других пигментных пятен, а также от поверхностно-распространяющейся меланомы (ПРМ), которую часто принимают за МД.

МД обычно развивается на коже у пожилых людей, несколько чаще у женщин, встречается также на слизистых оболочках. Хотя МД чаще возникает на коже лица, озлокачествление и переход в меланому обычно происходят при локализации его на туловище и конечностях. Вначале появляется одно или несколько едва заметных небольших пятнышек светло-коричневого цвета. Постепенно они темнеют, иногда сливаются в одно неравномерно окрашенное пятно, обычно коричневых тонов, иногда черного цвета с сероватыми, голубоватыми и почти белесоватыми участками. Пятно очень медленно (в течение нескольких лет) увеличивается. Оно имеет гладкую поверхность, не пальпируется в отличие от ПРМ, при пальпации которой ощущается некоторое уплотнение кожи. Лишь с течением времени при прогрессировании процесса на фоне пятна, чаще у его краев появляются участки уплотнения. Этому предшествуют заметные изменения цвета, появление чешуек и трещин; затем очень скоро возникает узелок, что означает, как правило, переход пятна в меланому. Озлокачествление пятна происходит у 30—40% больных, по некоторым данным — у 75%. Размер пятна к моменту озлокачествления чаще достигает 2—3 см.

Сосудистые опухоли кожи. Наиболее часто поражается кожа лица. Опухоль представляет собой пурпурное или розовое пятно, несколько приподнятое над поверхностью кожи, которое может достигать больших размеров. При сдавлении пальцами сосудистая опухоль, как правило, уменьшается, уплощается, бледнеет. Этого никогда не наблюдается при меланоме. Характерной особенностью опухоли является ее довольно быстрый рост. Часто наблюдаются кровотечение и изъязвление.

Более чем у половины больных меланома кожи развивается на фоне приобретенных или, реже, врожденных невусов. У 20—25% больных развитие опухоли связано с появлением пигментных пятен на неизмененной коже.

Неадекватное хирургическое удаление, эпиляцию, коагуляцию, воздействие на невусы и пигментные пятна вяжущими и едкими веществами, повышенную инсоляцию следует рассматривать как факторы, провоцирующие развитие меланомы. В возникновении невусов большое значение придают также перестройке эндокринной системы, связанной с возрастом.

Симптомы озлокачествления невуса следующие: 1) его быстрый, часто экзофитный рост, который вначале не сопровождается явлениями воспаления; 2) изменение окраски с увеличением и уменьшением ее интенсивности; 3) изъязвление, кровото-

чивость, краснота, появление застойной ареолы вокруг невуса; 4) зуд и жжение в области невуса; 5) образование сателлитов.

Наличие нескольких из указанных клинических симптомов позволяет с большой долей вероятности установить правильный диагноз озлокачествления невуса, однако нередко достаточно и одного симптома, чтобы заподозрить меланому.

Клинический диагноз меланом довольно труден. В настоящее время наиболее широко применяют два дополнительных метода диагностики — радионуклидный и цитологический.

Исследование с ^{32}P позволяет по уровню и динамике накопления радионуклида в опухоли судить о ее природе. Критерием «злокачественности» для меланомы кожи считается трехкратное превышение (300%) уровня накопления радионуклида над опухолью по сравнению с симметричным участком нормальной кожи. Стабильное превышение этого уровня в течение 72 ч характерно для меланом. Радионуклидное исследование опухоли может быть также использовано и для определения целесообразности проведения профилактической лимфаденэктомии. Метод позволяет до начала лечения решить вопрос о необходимости лимфаденэктомии.

По интенсивности фосфорного обмена в первичной опухоли, определяемого радионуклидным методом, устанавливают коэффициент вариации — «С» — для каждого больного. С этой целью через 48 ч после введения ^{32}P измеряют интенсивность включения препарата в опухоль 5—6 раз в день с интервалом 2 ч. Затем определяют средний уровень включения изотопа в опухоль и среднее квадратичное отклонение, по которым вычисляют коэффициент «С». Если он выше 20%, то метастазы меланомы в регионарных лимфатических узлах могут быть выявлены у 97% оперированных.

Цитологическая диагностика — важный метод исследования, который применяют при изъязвленных опухолях в тех случаях, когда материал можно получить с помощью мазков-отпечатков. Метод позволяет не только подтвердить диагноз, но и уточнить морфологическую структуру опухоли. Пункция опухоли в отсутствие изъязвления недопустима! Однако при локализации меланомы на лице, когда из-за косметических соображений всегда нежелательно обширное хирургическое вмешательство и особенно нужна точная дооперационная диагностика, возможно исключение: можно произвести пункцию опухоли с целью получения материала для цитологического исследования, но только непосредственно перед операцией или началом лучевого лечения.

В настоящее время большинство ученых придерживаются классификации, предложенной W. H. Clark и соавт. (1969), которые различают три основных типа меланом кожи, на долю которых приходится 80—85% этих опухолей: 1) поверхностно-распространяющаяся меланома; 2) узловая меланома; 3) меланома типа злокачественного лентиго.

При длительном изучении этих типов меланом было показано, что каждый из них имеет свои клинические особенности, которые во многом определяют биологическое поведение опухоли [Clark W. H. et al., 1975].

Наиболее часто встречается поверхностно-распространяющаяся меланома: на ее долю приходится около 63—70% всех меланом. Она чаще развивается у лиц европеоидной расы. Пик заболеваемости приходится на 5-е десятилетие жизни. Опухоль почти одинаково часто наблюдается у мужчин и женщин, однако у мужчин она примерно в 2 раза чаще встречается на голове, шее, туловище, а у женщин — почти в 3 раза чаще на бедрах и голени. Обычно поверхностно-распространяющаяся меланома развивается в течение нескольких лет. Отмечается двухфазное развитие этой опухоли: первая фаза характеризуется радиальным поверхностным ростом и отсутствием инвазии опухолевых клеток в ретикулярный слой дермы, вторая фаза — вертикальным ростом и инвазией опухолевых клеток в ретикулярный и подкожный жировой слои. Имеются косвенные данные, свидетельствующие о том, что фаза радиального роста довольно длительная. Средний возраст больных с меланомой, находящейся в этой фазе, равен 40 годам, а в фазе вертикального роста — 53 годам. Биологический потенциал злокачественности меланомы в фазе радиального роста крайне низок, так как опухолевый рост соответствует второму уровню инвазии по Кларку. При поверхностно-распространяющейся меланоме в фазе радиального роста рецидивы и метастазы возникают после лечения менее чем у 5% больных, тогда как в фазе вертикального роста развитие метастазов можно ожидать у 35—70% больных. Установлено, что если фаза вертикального роста состоит из двух и более популяций меланомных клеток, четко отличающихся от клеток, составляющих фазу радиального роста, то эти изменения обозначают как внутриочаговую трансформацию, являющуюся прогностически неблагоприятным признаком, так как она обычно приводит к развитию метастазов.

Меланома типа злокачественного лентиго также является самостоятельной клинико-морфологической формой. Злокачественное лентиго является сенильным кератозом меланоцитов и не представляет собой меланому до тех пор, пока не развивается инвазия, после чего это поражение обозначают как меланому типа злокачественного лентиго. Этот тип меланомы составляет около 10% всех первичных меланом кожи. Более 90% опухолей этого типа локализуется на открытых участках тела — в области головы, шеи и тыла кистей, а в некоторых случаях возникают на спине, бедрах и голени. Меланома типа злокачественного лентиго в 2 раза чаще встречается у женщин и является наиболее благоприятной формой заболевания.

В развитии меланомы этого типа также наблюдаются две фазы. Фаза радиального роста очень длительная — до 10—20 лет и более. Средний возраст больных 70 лет. Продолжи-

тельность фазы вертикального роста может составлять несколько лет, а не месяцев, как при поверхностно-распространяющейся меланоме. В очаге редко наблюдаются клеточный полиморфизм и связанные с ним изменения по типу внутриочаговой трансформации. Опасность возникновения метастазов при этом типе меланомы ниже.

Третий тип — узловая меланома. Она составляет 12—15% всех меланом кожи. Средний возраст больных к моменту установления гистологического диагноза 50 лет. Узловая меланома в 2 раза чаще встречается у мужчин, чем у женщин, при локализации на спине, голове и шее. С прогностической точки зрения это наиболее неблагоприятная форма меланом, при которой отсутствует фаза радиального роста. В своей эволюции узловая меланома проходит только фазу вертикального роста, при этом на ранних этапах развития наблюдается внутриочаговая трансформация. Приведенные выше сведения частично объясняют хорошо известный факт, что меланома у мужчин более злокачественна, чем у женщин, особенно при локализации на коже туловища, так как у них чаще встречается узловая форма опухоли. В то же время меланома кожи у женщин при локализации на нижних конечностях наиболее благоприятна, поскольку здесь чаще развиваются поверхностно-распространяющиеся формы.

Таким образом, тип меланомы является важным прогностическим критерием, так как является до некоторой степени многофакторной характеристикой опухоли. При меланоме типа злокачественного лентиго 5-летняя выживаемость после лечения составляет 85%, при поверхностно-распространяющейся — 72%, при узловой — 58% [Cascinelli N. et al., 1980]. Основной прогностически значимой характеристикой самой опухоли является ее величина (максимальный диаметр) и высота над поверхностью кожи. Так, по данным сотрудничающих центров по оценке методов диагностики и лечения меланомы при ВОЗ, поведение опухолей с максимальным диаметром в пределах 1—2 см схоже, 5-летняя выживаемость колеблется от 70 до 73%. С увеличением диаметра опухоли более 2 см выживаемость снижается до 58%. При опухолях, возвышающихся над поверхностью кожи не более чем на 5 мм, 5-летняя выживаемость составляет 72%. С увеличением высоты опухоли от 6 до 20 мм выживаемость примерно одинакова — 45—48%.

Составление прогноза для больных с меланомой кожи в настоящее время невозможно без определения уровня инвазии по методике Кларка. По сводным данным ряда авторов, при I уровне инвазии 5-летняя выживаемость составляет 100%, при II — 72,2%, при III — 45,5%, при IV — 31,6%, при V уровне — 12% [Lichtenfeld J. L., 1977]. Наиболее трудным в микродиагностике является определение III уровня инвазии. Измеряя толщину опухоли при III уровне инвазии с помощью окулярного микрометра, A. Breslow (1970) установил, что при тол-

щине опухоли менее 0,76 мм ее биологическое поведение было аналогично таковому при III уровне. Это позволяет условно выделить два варианта течения меланомы с III уровнем инвазии: более благоприятный вариант — толщина опухоли менее 0,76 мм и вероятность метастазирования не превышает 5% и менее благоприятный вариант, когда толщина опухоли 0,76—1,5 мм и вероятность метастазирования выше. W. H. Clark и соавт. (1975) считают, что при III уровне инвазии, одинаковом клеточном типе и толщине опухоли менее 0,76 мм вероятность развития метастазов мала. Наоборот, при III уровне инвазии, наличии более чем одного типа клеток в очаге поражения и толщине опухоли более 0,76 мм метастазы могут развиться у 40—50% больных.

На основании изучения данных о 97 больных с первичной меланомой кожи установлено, что толщина опухоли является основным прогностическим критерием, определяющим целесообразность широкого хирургического иссечения опухоли. При толщине опухоли менее 0,76 мм метастазов почти не бывает, даже при проведении разреза на расстоянии менее 0,5 см от края опухоли [Breslow A., Mocht S. D., 1977].

При изучении корреляционной зависимости выживаемости больных от уровня инвазии и толщины опухоли установлено, что наиболее показательным критерием прогноза является толщина опухоли, а не уровень инвазии. Высокая прогностическая значимость толщины опухоли подтверждена на большом клиническом материале — при обследовании 747 больных с меланомой кожи I стадии в рамках сотрудничающих центров по оценке методов диагностики и лечения меланомы при ВОЗ. При проведении исследования учитывались следующие факторы: пол больных, величина максимального диаметра опухоли, величина ее возвышения над поверхностью кожи, клинико-гистологический тип опухоли, уровень инвазии и максимальная толщина опухоли. При проведении многофакторного анализа установлено, что только толщина опухоли и пол больных оказывают выраженное влияние на выживаемость, причем пол не влияет на прогноз при толщине опухоли менее 2 мм, в то время как прогноз значительно лучше у женщин, у которых опухоль имеет большую толщину. При толщине меланомы до 0,9 и 1—1,9 мм 5-летняя выживаемость примерно одинакова и находится в пределах 86%, при толщине 2—2,9 и 3—3,9 мм она снижается до 62%, а при толщине более 4 мм — до 43% [Cascinelli N. et al., 1980].

Таким образом, прогноз при меланоме кожи больше всего зависит от толщины опухоли и уровня инвазии. Наиболее благоприятный исход можно ожидать при меланоме толщиной до 0,76 мм и I—II уровне инвазии. С повышением уровня инвазии и при толщине опухоли больше 2 мм вероятность появления метастазов возрастает с 25 до 50%. Наиболее благоприятной по своему течению является меланома типа лентиго, наи-

более злокачественной — узловая меланома, поверхностно-распространяющаяся меланома занимает промежуточное место.

Неосведомленность населения приводит к тому, что, обнаружив опухоль, 4,5% больных занимаются самолечением, а 4,5% вообще отказываются от предложенного лечения, считая его бесперспективным.

Основной ошибкой при лечении меланомы кожи является экономное (менее 2 см) иссечение опухоли. Из наблюдавшихся нами больных оно было произведено у 13,6% в различных лечебных учреждениях. К серьезным организационным ошибкам, по нашему мнению, следует отнести проведение отдельных этапов лечения не в одном, а в разных, особенно неспециализированных медицинских учреждениях, что отмечено в 14,4% наблюдений. Кроме того, у 11,5% больных с меланомой были поздно выявлены регионарные метастазы, что существенно повлияло на исход заболевания. До поступления в МНИОИ им. П. А. Герцена те или иные ошибки были допущены у 61 (46%) из 132 больных.

Существует несколько схем лечения больных с меланомой кожи. Если имеется пигментный невус с началом активации, то производят хирургическое иссечение, отступя от его краев на 3 см. При экзофитной форме меланомы производят ножевое исследование опухоли скальпелем или электроножом, отступя от ее краев на 4—5 см. При локализации опухоли на лице границы иссечения могут быть сужены до 1,5 см. На туловище послеоперационную рану закрывают путем смещения ее краев, на конечностях — свободным кожным лоскутом, при локализации опухоли на пальцах кисти или стопы производят экзартикуляцию пальца.

Основным методом лечения больных с меланомой кожи I стадии в настоящее время является хирургический. Первичный очаг иссекают в пределах здоровых тканей. Способы удаления меланомы изменялись по мере появления новой медицинской техники. В течение многих лет основным способом было ножевое иссечение опухоли [Аббасов А. Т., 1966; Pack L. J., 1959]. При появлении электрохирургической техники некоторые онкологи стали производить электронно-ножевое иссечение опухоли [Шанин А. П., 1959; Блохин Н. Н., Петерсон Б. Е., 1971; Maguri K. K. et al., 1979]. С внедрением лазерной техники в медицинскую практику появились сообщения об удалении меланомы с помощью лазера [Лазарев И. Р., 1979; Москалик К. Г., 1979]. Однако ни тот, ни другой метод не позволил улучшить результаты лечения [Трапезников Н. Н. и др., 1976; Magur K. K., 1979], и постепенно онкологи вернулись к ножевому иссечению опухоли как более экономичному и менее травматичному [Wozniak K. D., 1982; London R. R., 1983; O'Daherty C. S. J., 1983; Bünte H., 1984].

Вообще по вопросу о границе иссекаемых вокруг опухоли тканей в настоящее время нет единого мнения. W. S. Handley

(1907) предложил иссекать меланому с окружающей кожей, отступя 2,5 см от края опухоли и вглубь до подлежащей мышечной фасции. С этого времени широкое иссечение меланомы стало каноном в онкологии на 70 лет.

О применении широкого иссечения меланомы указывается во многих работах и руководствах отечественных авторов, посвященных лечению меланомы. Н. Н. Петров и С. А. Холдин (1952), А. П. Шанин (1959), Н. Н. Блохин и Б. Е. Петерсон (1971) повторяют рекомендацию производить широкое, отступя более 5 см, иссечение опухоли. На протяжении многих лет в работах зарубежных ученых признавался только такой подход к лечению первичного очага меланомы [Pack L. J. et al., 1952].

В последнее десятилетие по-прежнему остается много сторонников этого принципа [Блохин Н. Н. и др., 1979; Инокописов Р. и др., 1984; Кудрявцева Г. Т. и др., 1985; Вагнер Р. И., Анисимов В. В., 1987; Wozniak K. D., 1982; Bodurtha A. J., Morvell S. J., 1983; Montani D. et al., 1983; Petres J., Müller R. P., 1984; Cascinelli N. et al., 1985; Hagedorn M., 1985; Hietanen J. et al., 1985].

Таким образом, предложенное W. S. Handley (1907) еще в начале века широкое иссечение меланомы, несомненно, было целесообразным, так как опухоли, как правило, имели местнораспространенный характер. Вместе с тем количество меланом, диагностируемых в ранних стадиях, за последнее время увеличилось [Lang N. P. et al., 1984]. Принцип же широкого иссечения опухоли господствует и по сей день, хотя, по мнению Н. Н. Трапезникова (1976), ни одна из известных рекомендаций широкого иссечения меланомы не имеет четких экспериментальных и клинических обоснований.

Более дифференцированно к вопросу о границах иссекаемых тканей подходят N. C. Davis и G. R. McLeod (1971), предлагая при локализации меланомы на коже спины у мужчин расширять границы иссечения кожи и подкожной жировой клетчатки. При этом сами же авторы не считают эффективность такого метода доказанной. У женщин при локализации плоских, медленно растущих поверхностных опухолей на голени некоторые авторы считают достаточным отступать от краев 2 см [McKie R. M., Young D., 1984].

A. Breslow и S. Macht (1977) приводят данные о лечении 62 больных с меланомой толщиной до 0,76 мм. У 30 больных иссечение производили, отступя менее 1 см от опухоли. Местных рецидивов не отмечено. N. Cascinelli и соавт. (1980), проанализировав результаты лечения 593 больных с меланомой, предлагают выполнять иссечение, отступя менее 1 см при толщине опухоли до 1 мм. A. Cosimi и соавт. (1984) также считают целесообразным экономное иссечение при толщине опухоли менее 1 мм. R. R. Landow (1983) при толщине меланомы менее 0,85 мм производит хирургическое иссечение, отступя 1,5 см от краев опухоли, при толщине 0,85—1,69 мм — 3 см.

При ретроспективном анализе результатов лечения 245 больных с меланомой кожи путем иссечения, отступя не менее 2 см от края опухоли, установлено, что у 6,8% из них возникли местные рецидивы. Они развились при локализации меланомы (узловая и акральная формы, толщина более 4 мм) на конечностях. При этом ширина хирургического разреза не влияла на частоту рецидивов и выживаемость.

По мнению H. Bünte (1984), при толщине меланомы менее 1,51 мм допустимо иссечение опухоли, отступя 2 см. F. R. Pilheu и соавт. (1983) при лентиго-меланоме и I—II уровне инвазии (толщина до 1,5 мм) иссекают опухоль, отступя от нее 1—2 см, при остальных уровнях инвазии и большей толщине — 5 см. При поверхностно-распространяющейся форме меланомы иссечение кожи до 2 см от ее края допустимо лишь при I уровне инвазии и толщине до 0,76 мм, а при II уровне — до 3—5 см.

Несмотря на появление сообщений об использовании экономного иссечения, число больных, которым было проведено такое лечение, невелико. U. Veronesi и соавт. (1987) указывают, что в меланомном регистре ВОЗ из зарегистрированных 800 больных с меланомой кожи удалось обнаружить только 40, у которых опухоль иссекали, отступя менее 2 см. Для того чтобы доказать эффективность экономного иссечения так называемой тонкой меланомы, проведено проспективное кооперированное рандомизированное исследование. В 1980—1985 гг. было проведено лечение 703 больных с меланомой кожи I стадии с толщиной опухоли до 2 мм. Проанализированы результаты лечения 612 больных. Широкое (отступя 3 см) иссечение выполнено 307 больным, экономное (отступя 1 см) — 305 больным. Срок наблюдения 55 мес. Местные рецидивы выявлены у 3 больных при экономном иссечении. Регионарные метастазы обнаружены у 20 (6,5%) больных после широкого иссечения и у 14 (4,6%) после экономного, отдаленные — соответственно у 8 и 7. Пятилетняя выживаемость больных составила соответственно 96 и 96,8%. Авторы делают вывод об эффективности экономного иссечения при меланоме толщиной не более 2 мм.

Между тем в отечественной литературе почти не встречаются сообщения об уменьшении объема иссекаемых тканей при меланоме кожи. В своей диссертационной работе В. В. Анисимов (1984), рассматривая причины местного рецидивирования меланомы, отмечает, что после экономных иссечений первичной опухоли, выполненных под местной анестезией, рецидивы возникают далеко не всегда. В то же время широкое, даже сверхрадикальное иссечение не является гарантией стойкого излечения больного, так как со временем в области послеоперационного рубца или пересаженного кожного лоскута может развиться рецидив опухоли.

При экзофитной форме меланомы с изъязвлением целесообразно проведение предоперационной лучевой терапии. Как самостоятельный метод лечения лучевую терапию применяют

редко. Ее целесообразно проводить при локализации опухоли вблизи носа, угла рта, глаза, ушей, где после ее удаления образуется большой косметический дефект. В случае обнаружения в регионарной зоне метастазирования конгломерата лимфатических узлов проводят предоперационную гамма-терапию на эту область. Из методов лучевой терапии злокачественных новообразований кожи наибольшее распространение получили близкофокусная рентгенотерапия, гамма-терапия и облучение пучками электронов.

Ошибки, допускаемые при проведении лучевой терапии как составной части лечения больных со злокачественными опухолями кожи, могут быть тактического и методологического характера. Их следствием является либо недостаточный радикализм лечения, либо развитие лучевых повреждений в виде дерматитов, лучевого фиброза кожи и подкожной жировой клетчатки, лучевой язвы, а также лучевого рака.

С целью предупреждения ошибок тактического характера план лечения необходимо составлять коллегиально с участием хирурга, радиолога и химиотерапевта. Основными методологическими ошибками при проведении лучевой терапии новообразований кожи являются погрешности в планировании и проведении облучения, связанные с выбором неадекватного объема облучения, применением неоправданно высоких разовых и суммарных очаговых поглощенных доз, превышающих толерантность кожи и подкожной жировой клетчатки.

При выборе оптимального объема облучения И. А. Переслетин и соавт. (1985) предлагают придерживаться следующих правил: границы полей облучения при базалиомах должны отстоять на 0,5 см от видимого края опухоли, при раке кожи — на 1 см, при меланоме — на 3—5 см.

По данным М. С. Бердова и А. Ф. Цыба (1985), у 70% больных с выраженными лучевыми повреждениями кожи уровень суммарных поглощенных доз в зоне повреждения составлял 60 Гр. Наиболее частой причиной такого превышения толерантной дозы является повторное либо многократное облучение одних и тех же участков кожи в связи с использованием методики расщепления курса, неизлеченностью либо рецидивами опухоли без учета остаточной толерантности кожи и подкожной жировой клетчатки. Избежать возникновения лучевых повреждений либо свести их к минимуму позволяет проведение повторных курсов лучевой терапии с учетом фактора ВДФ. Толерантные уровни суммарной поглощенной дозы для этих тканей составляют соответственно 50—65 Гр (82—106 ед.) и 60 Гр (100 ед.). Проведение повторных курсов противопоказано, если доза при проведении предыдущего курса превысила 70 Гр.

Клинический опыт большинства авторов свидетельствует о том, что при эпителиальных новообразованиях кожи удовлетворительных результатов лечения удается добиться с помощью наружного облучения в разовой дозе 3,3—3,8 Гр 5 раз в неде-

лю (СОД 55—60 Гр) либо контактного облучения с мощностью дозы 0,3—0,4 Гр/ч (СОД 60 Гр за 7—10 дней).

Применяемые при лечении меланомы кожи методики предоперационной лучевой терапии отличаются большим разнообразием, что может быть связано с высокой радиорезистентностью опухоли и поиском оптимальных режимов фракционирования дозы. Как правило, используют средние и крупные фракции — от 4 до 10 Гр, СОД варьируют от 50 до 100 Гр. Во избежание лучевых повреждений кожи при проведении терапии большинство авторов выполняют последующие оперативные вмешательства в кратчайшие сроки после завершения лучевого лечения. Обязательным условием при этом является широкое иссечение с удалением всего объема облученных тканей.

В настоящее время не существует единого мнения по вопросу о целесообразности осуществления избирательной лимфаденэктомии. Было показано, что ее нецелесообразно проводить при локализации опухоли в дистальных $^2/_3$ конечностей, так как она не влияла на 5-летнюю выживаемость [Veronesi U. et al., 1977]. Однако полностью решенным этот вопрос считать нельзя. Имеются клинические данные, указывающие на то, что при толщине опухоли более 1 мм профилактическая лимфаденэктомия повышает выживаемость в 2 раза [Geelhoed G. W. et al., 1977]. В то же время H. J. Wanebo и соавт. (1975) показали, что избирательная лимфаденэктомия при меланоме кожи конечностей и II уровне инвазии не повышает выживаемость, а при III и IV достоверно улучшает результаты лечения. Частота выявления метастазов в клинически активных лимфатических узлах при толщине опухоли от 0,6 до 2 мм составила 9%, от 2,1 до 3—22%, более 3 мм — 39%. Авторы рекомендуют выполнять избирательную лимфаденэктомию при толщине опухоли более 1 мм и узловом типе меланомы. Исследованиями M. C. Balch и соавт. (1979) установлено, что при толщине опухоли от 0,77 до 3,99 мм избирательная лимфаденэктомия повышает 5-летнюю выживаемость.

При выявлении отдаленных метастазов может быть проведена химиотерапия с паллиативной целью по следующим схемам.

Схема 1. Нитрозометилмочевина — 300 мг внутривенно 2 раза в неделю, актиномицин — 500 мг внутривенно через день, винкристин — 1,5 мг внутривенно 1 раз в неделю. Продолжительность курса 2 нед.

Схема 2. Нитрозометилмочевина — 600 мг 1 раз в неделю, проспидин — 200 мг ежедневно внутривенно, кроме дней введения нитрозометилмочевины. Продолжительность курса 2 нед.

Курсы химиотерапии повторяют через 3—4 нед до появления признаков дальнейшего прогрессирования процесса.

Химиотерапию проводят редко в связи с малой чувствительностью меланомы. При проведении такого лечения также возникают ошибки, которые чаще выражаются в передозировках препаратов, особенно в амбулаторных условиях. Частым ослож-

нением является лейкопения, которая развивается в тех случаях, когда лечение проводят без контроля за показателями крови, что, безусловно, является ошибкой.

ГЛАВА 10

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ

10.1. ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Рак щитовидной железы — визуально доступная локализация опухолевого процесса, при которой своевременная диагностика и лечение обеспечивают 80—98% 5—10-летнюю выживаемость [Валдина Е. А. и др., 1983; Пачес А. И., Пропп Р. М., 1984; Пропп Р.М., 1986; Sarker S. et al., 1980; Rubiana M. et al., 1985]. Однако до настоящего времени большинство больных (75—88%) поступают для лечения с запущенными (III—IV) стадиями или ранним рецидивом данного заболевания. Это связано с большим количеством ошибок, которые допускают врачи лечебно-профилактических учреждений в процессе диагностики и лечения данного заболевания.

С целью установления причин ошибок на разных этапах диагностики и лечения рака щитовидной железы и разработки оптимальных путей их устранения нами проанализированы данные о 744 больных. Рак щитовидной железы диагностирован у 625 из них и доброкачественные узловые образования у 119 больных. Из больных раком щитовидной железы 247 поступили для лечения с рецидивами заболевания, развившимися после нерадикальных операций. У большинства ранее не леченных больных — 230 (60,8%) из 378 — установлены III и IV стадии процесса. Распространенность первичной опухоли согласно Международной классификации по системе TNM (1978) соответствовала Т3-4 у 203 пациентов и Т0-2 у 175 больных.

На основании результатов анализа имеющихся данных установлено, что при существующей организации диагностики рака щитовидной железы формируются два потока больных с новообразованиями на шее: 1) больные, выявленные при профилактических осмотрах; 2) больные, самостоятельно обратившиеся к эндокринологам или врачам других специальностей.

Раннему распознаванию рака способствует активное выявление больных с узловыми образованиями в щитовидной железе и их своевременное полное обследование. Эффективной органи-

зационной формой активного выявления больных является проведение ежегодных целевых профилактических осмотров населения онкологами и получившими соответствующую подготовку эндокринологами. Такие осмотры обязательны для районов, эндемичных по зобу.

В настоящее время лишь единичных больных раком щитовидной железы выявляют при профилактических осмотрах, что во многом связано с организационными ошибками при активном выявлении данной категории больных. В частности, у врачей, осуществляющих профилактические осмотры, нередко нет онкологической настороженности в отношении рака щитовидной железы. У большинства больных область шеи внимательно не обследуют, не выясняют жалобы, характерные для данного заболевания, в связи с чем такие профилактические осмотры оказываются неэффективными в отношении активного выявления рака щитовидной железы. В качестве иллюстрации изложенного выше приводим следующее наблюдение.

Больной Д., 32 лет, в течение 20 лет отмечал наличие узловых образований на шее. В последние 10 лет, находясь на службе в органах МВД, ежегодно проходил профилактические осмотры, а в 1982 г. даже обследован в стационаре. Однако врачи не обращали внимания на изменения в области шеи. Лишь в 1987 г. в связи с увеличением узлов и появившимся затруднением дыхания вследствие сдавления трахеи больной самостоятельно обратился к врачу. При обследовании заподозрено опухолевое поражение щитовидной железы, и больной направлен в МНИОИ им. П. А. Герцена.

При поступлении пальпаторно определялась плотная ограниченно смещаемая опухоль, занимавшая всю правую долю и перешеек щитовидной железы. Конгломераты метастатических узлов до 2—4 см в диаметре определялись по ходу сосудисто-нервных пучков шеи с обеих сторон и в паратрахеальных областях. При цитологическом исследовании выявлен фолликулярно-солидный рак.

13.01.88 г. больному произведена операция — тиреоидэктомия с удалением лимфатических узлов и клетчатки шеи справа и паратрахеальных областей, трахеостомия. 14.03.88 г. — фасциально-футлярное удаление лимфатических узлов и клетчатки шеи слева с резекцией внутренней яремной вены. На операциях обнаружена опухоль каменистой плотности, занимавшая всю правую долю и перешеек щитовидной железы, спаянная с конгломератом метастатических узлов паратрахеальных областей с обеих сторон и проросшая правый возвратный нерв. Конгломераты метастатических узлов диаметром 1,5—3,5 см располагались по ходу сосудисто-нервных пучков шеи с обеих сторон и слева были спаяны со стенкой внутренней яремной вены.

Гистологическое заключение: фолликулярно-папиллярный рак, в лимфатических узлах метастазы аналогичного строения.

Заключительный диагноз: рак щитовидной железы IIIб стадии (T4N2M0).

Во избежание подобных ошибок в процессе активного выявления рака щитовидной железы при сборе анамнеза следует обращать пристальное внимание на жалобы больных, наличие и рост узловых образований на шее, ощущение давления на трахею и другие неприятные ощущения в данной области. Важно оценить состояние тиреоидного обмена и по клиническим

признакам (изменение массы тела, учащенное сердцебиение, влажность кожных покровов, офтальмопатия и др.) выявить гипотиреоз или тиреотоксикоз.

При проведении осмотра и пальпации у больного должны быть открыты область шеи и верхняя часть грудной клетки. Во время осмотра отмечают деформацию и асимметрию шеи, заметную на глаз и выявляемую при глотании, оценивают состояние подкожных вен: их расширение может быть обусловлено наличием загрудинных или внутригрудных опухолевых узлов. Пальпацию области шеи следует проводить в двух положениях больного: стоя, при этом врач должен находиться позади больного, и лежа на спине с валиком под лопатками и запрокинутой головой. Пальпируют область расположения щитовидной железы и регионарные зоны лимфооттока. К последним относятся области, расположенные по ходу сосудисто-нервных пучков шеи, бокового треугольника шеи (включая надключичную зону), предгортанная и паратрахеальная зоны. При обнаружении узлов в щитовидной железе и на шее отмечают их количество, размеры, консистенцию, смещаемость при глотании, подвижность относительно окружающих органов и тканей.

Больные с узловыми образованиями на шее, выявленные при профилактических осмотрах и самостоятельно обратившиеся к врачу, должны быть направлены на амбулаторное дообследование в специализированное учреждение. Его целесообразно проводить на базе онкологического диспансера, имеющего в штате подготовленного специалиста по диагностике и лечению опухолей головы и шеи и условия для проведения обследования на современном уровне. В отсутствие таких условий дообследование больных следует проводить на базе лечебно-профилактического учреждения, имеющего подготовленных специалистов и необходимое оснащение. Вследствие несоблюдения этих правил 401 (64,1%) из 625 больных раком щитовидной железы, поступивших в наш институт, были направлены на специализированное обследование и лечение с опозданием более чем на год.

Существенной организационной ошибкой является отсутствие преемственности в работе хирургов и врачей, ведущих диспансерное наблюдение за онкологическими больными после лечения. Наблюдение за больными, оперированными по поводу рака щитовидной железы, должен осуществлять онколог, строго соблюдая регламентированные сроки проведения контрольных обследований: в первый год после лечения каждые 3 мес, в дальнейшем 1—2 раза в год. По нашим наблюдениям, за больными, оперированными в неонкологических учреждениях (236 человек), в последующем не было установлено такого рода диспансерное наблюдение, а сведения об их заболевании и проведенном лечении вообще не направлялись в онкологические учреждения. Не было организовано диспансерное наблюдение и за частью больных, оперированных в онкологических уч-

реждениях, что также привело к поздней диагностике рецидивов. В качестве примера приводим следующее наблюдение.

Больная И., 32 лет, поступила в МНИОИ им. П. А. Герцена с диагнозом: рак щитовидной железы с метастазами в лимфатических узлах средостения, состояние после комбинированного лечения.

В 1976 г. в районной больнице, а затем в онкологическом диспансере оперирована по поводу рака щитовидной железы с метастазами в лимфатические узлы шеи справа. Произведены субтотальная резекция правой доли щитовидной железы и операция Крайля справа. В послеоперационном периоде проведен курс дистанционной гамма-терапии. В дальнейшем больная в онкологических учреждениях не наблюдалась. В 1988 г. при флюорографическом обследовании выявлено расширение тени средостения. Направлена в наш институт.

При поступлении определялись конгломераты метастатических узлов в паратрахеальных областях с обеих сторон, уходившие за грудинно-ключичное сочленение. При сцинтиграфии накопление препарата, соответствующее левой доле и перешейку. Рентгенологически выявлено расширение тени средостения в обе стороны за счет увеличения паратрахеальных узлов до уровня бифуркации трахеи. При цитологическом исследовании пунктата из паратрахеальных метастазов обнаружен фолликулярный рак.

12.07.88 г. произведена операция — удалены левая доля, перешеек и остатки правой доли щитовидной железы, а также паратрахеальные метастазы. Признаков опухолевого поражения остатков щитовидной железы не обнаружено. Конгломераты метастатических узлов от 2 до 4 см в диаметре располагались в обеих паратрахеальных областях и уходили глубоко в средостение. Часть из них, находившаяся в области шеи и на 3 см ниже яремной вырезки грудины, удалена. В дальнейшем проведена сочетанная лучевая терапия с целью воздействия на оставшиеся метастазы (дистанционная гамма-терапия и леечние радиоактивным йодом).

Ошибки в организации выявления рака щитовидной железы влекут за собой диагностические ошибки. При обращении больных к врачам общей лечебной сети в связи с появлением симптомов, характерных для опухолевого поражения щитовидной железы, нередко устанавливают ошибочный диагноз. Так, при обследовании на догоспитальном этапе у 197 (31,4%) из 625 больных врачами общей лечебной сети не был установлен диагноз рака щитовидной железы. Основной причиной диагностических ошибок, допускаемых врачами, является отсутствие у них знаний об особенностях заболеваний данного органа. При этом не учитывают, что: 1) различные по характеру нозологические формы заболеваний (зоб, тиреоидиты, доброкачественные и злокачественные опухоли) проявляются в виде узловых образований щитовидной железы, не имеющих на определенном этапе развития выраженных клинических отличий; 2) для ряда заболеваний щитовидной железы, в том числе рака, характерно длительное торпидное течение (на протяжении нескольких лет); 3) у значительной части больных раком щитовидной железы внешне наиболее выражены признаки метастазов в кости, легкие, лимфатические узлы шеи, а не поражения самой железы.

Другой причиной диагностических ошибок является неиспользование современных методов исследования при узловых

образованиях щитовидной железы. Так, у 295 (39,6%) из 744 больных первичное обследование было ограничено осмотром и пальпацией, из дополнительных методов только у 56 (7,5%) больных было проведено рентгенологическое исследование грудной клетки. Современное комплексное обследование с проведением до операции цитологического исследования было применено лишь у 109 больных (14,6%). При отказе от такой тактики, как правило, устанавливают ошибочный диагноз и проводят неоправданно длительное наблюдение за больными, в результате чего опухолевый процесс распространяется на окружающие ткани. Так, в группе из 203 больных с местно-распространенным раковым поражением щитовидной железы, соответствующим индексам Т3—Т4, комплексное обследование при первичном обращении было проведено лишь 12 (5,9%) больным, а при обследовании 138 (68,2%) больных современные методы исследования щитовидной железы вообще не были применены.

Диагностическая тактика при узловых образованиях щитовидной железы должна быть направлена на обязательное установление достоверного диагноза до начала лечения путем рационального подбора специальных клинико-инструментальных методов исследования, позволяющих составить полное представление о клиническом течении процесса, степени его распространенности и морфологической структуре. Обязательна морфологическая верификация диагноза, которую осуществляют с помощью цитологического исследования материала, полученного при пункции выявленных образований. При этом целесообразно произвести пункцию нескольких пораженных отделов щитовидной железы, а также узлов, обнаруженных в зонах регионарного лимфооттока. Данный широко доступный и не требующий дополнительного сложного оборудования метод наиболее эффективен при дифференциальной диагностике злокачественных опухолей и доброкачественных заболеваний щитовидной железы, в большинстве наблюдений позволяет уточнить гистологическую форму опухоли и по результатам исследования материала, полученного из метастатического узла, предположить локализацию первичной опухоли. Так, на основании результатов цитологического исследования материала, полученного при пункции опухоли, рак щитовидной железы был правильно диагностирован у 388 (93%) из 416 обследованных больных. Ошибочный диагноз доброкачественного процесса, установленный у остальных 28 (6,7%) больных, объяснялся, вероятно, тем, что материал для исследования был получен не из зоны злокачественного роста. У этих больных при гистологическом исследовании были выявлены микроочаги рака на фоне доброкачественных процессов в щитовидной железе (аденоматоз, хронический тиреоидит и др.).

Другим обязательным методом обследования больных с узловыми образованиями щитовидной железы является рентгенологическое исследование органов грудной клетки. Это связано

с необходимостью исключить метастатическое поражение легких и лимфатических узлов средостения, где чаще всего локализуются отдаленные метастазы рака щитовидной железы, и загрудинное расположение опухоли. По показаниям можно применить другие дополнительные методы исследования щитовидной железы, в частности тиреоидолимфографию. Обязательно применение данного метода при диагностике так называемого скрытого рака щитовидной железы, проявляющегося метастатическим поражением регионарных лимфатических узлов или отдаленных органов. При этом можно не только определить первичную локализацию опухоли в щитовидной железе, но и выполнить целенаправленную диагностическую пункцию опухоли под контролем рентгеновского экрана. Кроме того, метод наиболее эффективен при уточнении распространенности опухолевого процесса в щитовидной железе (92,1% правильной диагностики).

С целью решения аналогичных задач в настоящее время на догоспитальном этапе обследования проводят ультразвуковое исследование щитовидной железы, позволяющее уточнить локализацию и распространенность процесса. Сцинтиграфия и термография малоинформативны в дифференциальной диагностике доброкачественных и злокачественных опухолей щитовидной железы (чувствительность 42,3 и 51,9% соответственно), и их нецелесообразно применять для первичной диагностики рака этого органа. Радионуклидное исследование может быть использовано для уточнения локализации оставшейся части щитовидной железы после операции. Кроме того, данный метод применяют для определения йоднакопительной функции отдаленных метастазов (после удаления щитовидной железы) и выявления атипичного расположения ткани железы.

В связи с избирательным метастазированием рака щитовидной железы в кости при наличии соответствующих жалоб и симптомов (боли, деформация) показано рентгенологическое и радиоизотопное исследование скелета. При подозрении на поражение органов шеи (трахея, пищевод, гортань) целесообразно провести их рентгенологическое и эндоскопическое исследование. В отсутствие достоверной морфологической верификации диагноза во время операции нужно выполнить срочное гисто- и(или) цитологическое исследование удаляемой опухоли щитовидной железы.

Несоблюдение приведенных выше принципов приводит к установлению ошибочного (врач не устанавливает диагноз основного заболевания) или частично ошибочного (неправильное определение распространенности опухолевого процесса, гистологической структуры опухоли и т. д.) диагноза. В качестве иллюстрации приводим следующее наблюдение.

Больной Б., 12 лет. В декабре 1980 г. родители обнаружили узел на передней поверхности шеи. В феврале 1981 г. больной обследован педиатром в поликлинике по месту жительства, где без достаточного основания был установлен диагноз неспецифического лимфаденита, и в течение 2 мес

проводилось противовоспалительное лечение. С января 1984 г. стали отмечаться недомогание, слабость, одышка при физической нагрузке, повышение температуры тела. При плановой крупнокадровой флюорографии легких выявлены множественные мелкоочаговые тени. Госпитализирован в противотуберкулезный диспансер, где произведена пункция увеличенного лимфатического узла шеи. При цитологическом исследовании мазков получено заключение: больше данных в пользу туберкулезного поражения лимфатических узлов. Тогда же был обнаружен узел в области перешейка щитовидной железы и произведено радиоизотопное исследование: патологических изменений в щитовидной железе не выявлено. Был установлен диагноз: диссеминированная форма туберкулеза легких, по поводу которого в течение 2 мес проводили противотуберкулезное лечение. В связи с отсутствием эффекта от лечения больной был направлен в НИИ туберкулеза МЗ РСФСР, где после дообследования заподозрен рак щитовидной железы, и больной был переведен в МНИОИ им. П. А. Герцена.

При поступлении у больного в предгортанной области и средней трети сосудисто-нервного пучка шеи слева пальпировались плотные увеличенные (до 1,5 см в диаметре) лимфатические узлы. В перешейке щитовидной железы определялась плотная, ограниченно смещаемая опухоль до 1,5 см в диаметре.

При пересмотре пунктата из лимфатического узла шеи получено заключение: метастаз фолликулярного рака щитовидной железы. При рентгенотомографии легких обнаружены метастазы рака щитовидной железы в обоих легких.

В плане комбинированного лечения 31.07.84 г. больному произведены экстрафасциальная тиреоидэктомия и фасциально-футлярное удаление лимфатических узлов и клетчатки шеи слева. Опухоль локализовалась в перешейке щитовидной железы, распространялась на левую долю и прорастала капсулу. Обнаружены множественные метастазы в лимфатические узлы шеи слева и в предгортанной области.

Гистологическое заключение: фолликулярный рак щитовидной железы с метастазами в лимфатические узлы шеи слева.

Заключительный диагноз: рак щитовидной железы IVб стадии (pT4N2M1). Проведено лечение радиоактивным йодом.

В данном наблюдении был допущен ряд грубых диагностических ошибок, послуживших причиной установления ошибочного диагноза, проведения длительного неэффективного лечения и запущенности процесса. В связи с отсутствием у врачей знаний об особенностях течения рака щитовидной железы, проявляющегося метастатическим поражением легких и лимфатических узлов шеи, не было проведено требуемое дообследование щитовидной железы, в первую очередь пункция опухоли. Даже при обнаружении узла в щитовидной железе был использован малоинформативный для первичной диагностики рака этой локализации метод сцинтиграфии. Была допущена ошибка при определении морфологической структуры изменений с помощью цитологического исследования пунктата из лимфатического узла, связанная с недостаточным опытом цитолога в диагностике данного заболевания.

Следует отметить, что отсутствие онкологической настороженности и недостаточная квалификация цитологов нередко приводят к тяжелым диагностическим ошибкам при раке щитовидной железы. Так, при анализе результатов выполнения в стационарах общей лечебной сети пункции опухоли с последующим цитологическим исследованием полученного материала

установлено, что правильный диагноз был установлен лишь у 18 (17,5%) из 103 обследованных больных. Ошибки в определении морфологической структуры опухоли были связаны как с получением недостаточного количества материала, так и с неправильной трактовкой цитограмм.

Как уже отмечалось, другой причиной диагностических ошибок является переоценка врачами общей лечебной сети значения результатов дополнительных исследований. Так, до настоящего времени считается, что отсутствие зон пониженного накопления изотопа при сцинтиграфии (так называемых холодных узлов) или повышения температуры над узловыми образованиями при термографии щитовидной железы является достаточным основанием для исключения злокачественного поражения данного органа. Однако при анализе нашего материала было установлено, что результаты сцинтиграфии и термографии ни в коей мере не могут служить критериями диагностики. Так, при изучении сцинтиграмм у 290 больных раком щитовидной железы лишь у 121 (41,7%) были обнаружены так называемые холодные или смешанные узлы. У остальных 169 (58,3%) больных имела место гиподиагностика злокачественного процесса. Наоборот, из 71 больного с доброкачественными заболеваниями щитовидной железы «холодные узлы» при сцинтиграфии были обнаружены у 46 (64,8%). По данным, полученным при термографии, правильный диагноз был установлен только у 42 (51,8%) из 81 больного раком щитовидной железы. У остальных 39 (48,2%) отмечены гиподиагностические ошибки. В то же время на основании результатов анализа термограмм рак был ошибочно диагностирован у 20 (48,8%) из 41 больного с доброкачественным заболеванием данного органа.

В стационарах общей лечебной сети, несмотря на то что у большинства больных до операции отсутствует достоверный диагноз, практически не используют методы срочной интраоперационной морфологической диагностики рака щитовидной железы. Так, срочное гистологическое исследование не было проведено ни у одного из наблюдавшихся нами 236 больных раком щитовидной железы, которым ранее в общелечебных учреждениях были произведены нерадикальные операции. Более того, из 21 больного с отдаленными метастазами рака щитовидной железы в костях, оперированных в неонкологических учреждениях, плановое гистологическое исследование метастатического очага было выполнено лишь у 10 (47,6%). Изменения в костях врачами общей лечебной сети ошибочно трактовались как воспалительные процессы или кисты. О полном отсутствии представления об этой патологии, равно как и онкологической настороженности в целом, свидетельствует следующее наблюдение.

Больная Т., 52 лет. В начале 1982 г. появились боли в области правой ягодицы. Сразу обратилась к хирургу по месту жительства, который без достаточного обследования диагностировал эпителиальную копчиковую ки-

сту. 9.04.82 г. в проктологическом отделении произведена операция. Гистологическое исследование удаленного препарата не проводили. В сентябре 1982 г. в связи с усилением болей направлена на обследование в онкологический диспансер, где на основании результатов рентгенологического исследования установлен диагноз: опухоль крестца. Без морфологической верификации диагноза проведен паллиативный курс дистанционной гамма-терапии (СОД 40 Гр). В связи с неэффективностью проведенного лечения больная самостоятельно обратилась в Центральный институт травматологии и ортопедии, где 9.06.83 г. произведена биопсия опухоли крестца. При гистологическом исследовании препарата выявлен метастаз рака щитовидной железы, и больная направлена в МНИОИ им. П. А. Герцена.

При поступлении в области перешейка щитовидной железы пальпировалась плотная опухоль до 3 см в диаметре. На рентгенограммах костей таза в области крестца выявлен обширный очаг деструкции.

Установлен диагноз: рак щитовидной железы IVб стадии (T3N0M1), подтвержденный морфологически: фолликулярный рак.

02.08.83 г. в плане комбинированного лечения произведена экстрафасциальная тиреоидэктомия. В дальнейшем проводились повторные курсы лечения радиоактивным йодом и гормонотерапия.

Как видно из данного наблюдения, из-за грубых диагностических ошибок больная более года не получала адекватного лечения. Морфологическая верификация изменений в крестце путем пункции или планового гистологического исследования позволила бы сразу установить правильный диагноз. Врачи игнорировали хорошо доступные пальпации опухолевые изменения в щитовидной железе.

Опухоли щитовидной железы нередко сочетаются с другими опухолями эндокринной системы, поэтому обязательно должно быть проведено исследование молочных желез и женских половых органов, в которых могут развиваться гормонозависимые опухоли. Нередко врачи не замечают нарушения гормонального статуса, которые имеются у части больных раком щитовидной железы. Незнание симптомов тиреотоксикоза и особенностей его своевременной коррекции является причиной развития в послеоперационном периоде опасных для жизни больного осложнений (тиреотоксический криз). Отсутствие контроля за гормональными нарушениями после радикального лечения, который целесообразно осуществлять с использованием современных методов радиоиммунного определения уровня содержания гормонов, нередко приводит к развитию гипотиреоза и последующей инвалидизации оперированных больных.

Как видно из приведенных ранее примеров, ошибки в диагностике рака щитовидной железы неизбежно влекут за собой ошибки в тактике лечения данного заболевания. Не вызывает сомнения тот факт, что больных с узловыми образованиями щитовидной железы необходимо взять под диспансерное наблюдение. Согласно Инструкции МЗ СССР по ведению учета больных со злокачественными опухолями, к Ia группе относят больных, у которых установлена неясная клиническая картина, на основании которой можно заподозрить злокачественное новообразование. По нашим данным, частота выявления злокачественных опухолей щитовидной железы среди больных с узло-

выми образованиями данного органа достигает 31,4%. Углубленное обследование больных этой группы должно быть организовано в сроки до 10 дней с момента установления за ними диспансерного наблюдения.

Однако врачи общей лечебной сети нередко не выполняют это положение. Они не только не направляют подавляющее большинство больных на углубленное обследование, но и продолжают вести за ними длительное наблюдение в связи с предположительным диагнозом неопухолевого заболевания. Так, из 625 больных раком щитовидной железы у 233 (37,3%) от момента выявления узла в железе до направления в специализированное онкологическое учреждение прошло 1—5 лет, у 76 (12,1%) — 5—10 лет, у 92 (14,7%) — более 10 лет. При этом 231 (37%) больному проводили длительное консервативное лечение препаратами йода, дийодтирозином, мерказолилом или гормонами щитовидной железы, которое не дало эффекта. Отсутствие онкологической настороженности, незнание особенностей течения дифференцированных форм рака щитовидной железы, отличающихся торпидным течением и на протяжении многих лет развивающиихся без симптомов, характерных для злокачественных опухолей, явились причиной применения неоправданной выжидательной тактики и запущенности процесса у 230 больных. При анализе длительности наблюдения за больными раком щитовидной железы III и IV стадии было установлено, что у 17,4% из них с момента обнаружения узла в щитовидной железе прошло 5—10 лет и у 24% — более 10 лет. В качестве примера приводим следующее наблюдение.

Больная Д., 37 лет, с 1961 г. находилась под наблюдением эндокринолога и получала лечение дийодтирозином по поводу зоба. С 1971 г. обнаружен узел в правой доле щитовидной железы, расцененный врачом как аденома. Продолжено консервативное лечение. Только в 1973 г. в связи с ухудшением состояния и выраженным похуданием больная была направлена на обследование в МНИОИ им П. А. Герцена.

При поступлении в правой доле и перешейке щитовидной железы пальпаторно определялась плотная ограниченно подвижная опухоль. Вдоль сосудисто-нервного пучка шеи справа обнаружены три плотных метастатических узла, самый большой из которых был 3 см в диаметре.

Установлен диагноз: рак щитовидной железы IIIб стадии (T3N1M0), подтвержденный цитологически.

Проведено комбинированное лечение: предоперационная дистанционная гамма-терапия (СОД 40 Гр) и 03.12.73 г. — субтотальная резекция щитовидной железы с удалением лимфатических узлов и клетчатки шеи справа. Гистологическое заключение: фолликулярный рак щитовидной железы с метастазами аналогичного строения.

Таким образом, из-за отсутствия онкологической настороженности у врача-эндокринолога, под наблюдением которого больная находилась на протяжении многих лет, своевременно не выполнившего необходимое обследование, диагноз рака щитовидной железы был установлен с опозданием.

Другой характерной ошибкой, связанной с длительным наблюдением, является неправильная тактика лечения больных

с клинически определяемыми метастазами в лимфатических узлах шеи. В таких случаях процесс без достаточного обследования расценивают как неспецифический или туберкулезный лимфаденит либо принимают за первичную опухоль. В качестве иллюстрации этого положения приводим следующее наблюдение.

Больная С., 53 лет, в течение ряда лет находилась под наблюдением эндокринолога и периодически принимала антиструмин по поводу эндемического зоба. В 1978 г. обнаружила увеличенный лимфатический узел в правой надключичной области и обратила на это внимание врача. Установлен диагноз: лимфаденит; дополнительное обследование и лечение не проводили. В связи с постепенным ростом узла и появлением новых узлов в 1982 г. больная обратилась к онкологу и была направлена в МНИОИ им. П. А. Герцена.

При поступлении вдоль сосудисто-нервного пучка шеи справа определялись конгломераты метастатических узлов, самый большой из которых был до 3 см в диаметре. В верхнем полюсе правой доли щитовидной железы пальпировалось уплотнение до 1 см в диаметре. При тиреоидолимфографии в верхней половине правой доли щитовидной железы выявлены два узла 1,5 и 0,8 см в диаметре с неровными контурами, характерными для злокачественного процесса. При цитологическом исследовании пунктата из этих и метастатических узлов диагностирован фолликулярный рак.

9.09.82 г. произведена субтотальная резекция щитовидной железы, удалены лимфатические узлы и клетчатка шеи справа с резекцией внутренней яремной вены. Гистологическое заключение: фолликулярный рак. Заключительный диагноз: рак щитовидной железы IIб стадии (T2N1M0).

Как видно из данного наблюдения, отсутствие у врача достаточных знаний по клинической онкологии, а также несвоевременно проведенное обследование привели к потере времени и распространению опухоли.

Иногда проведение неправильного лечения связано с установлением ошибочного диагноза вследствие того, что первыми проявлениями рака щитовидной железы являются метастазы в легких. При этом нередко процесс расценивают как туберкулез легких и больным в течение длительного времени проводят лечение противотуберкулезными препаратами. В качестве иллюстрации приводим следующее наблюдение.

Больная Д., 37 лет. В 1960 г. произведена операция по поводу паренхиматозного зоба. Гистологический препарат не сохранился. В 1966 г. при рентгенологическом исследовании легких обнаружены множественные мелкоочаговые тени, расцененные как проявление туберкулеза легких. В течение 6 мес проводили противотуберкулезное лечение, не давшее эффекта. На протяжении 5 лет находилась под диспансерным наблюдением с диагнозом: очаговый туберкулез легких. В 1973 г. в связи с ухудшением состояния и появлением одышки направлена на обследование в Институт профзаболеваний им. Эрисмана. Заподозрена метастатическая природа поражения легких, и больная направлена в МНИОИ им. П. А. Герцена.

При обследовании в институте данных, которые свидетельствовали бы о наличии опухоли в остатках щитовидной железы, не установлено. Выявлены метастатические узлы на шее с обеих сторон, самый большой из которых был до 3 см в диаметре. При пункции узлов выявлена картина фолликулярно-папиллярного рака.

12.02.74 г. произведена тиреоидэктомия, удалены лимфатические узлы и клетчатка шеи с обеих сторон. Гистологическое заключение: метастазы

фолликулярного рака щитовидной железы. В остатках железы опухоль не обнаружена. При сцинтиграфии, проведенной после операции, отмечено накопление радиоактивного йода в легких.

Проведено несколько курсов лечения радиоактивным йодом с выраженным эффектом.

В данном случае ошибки, допущенные при морфологическом исследовании удаленной части щитовидной железы, а в последующем — при оценке анамнеза больной и трактовке изменений в легких и лимфатических узлах на шее, послужили причиной установления ошибочного диагноза и запоздалого выявления заболевания. Обнаружение у больной при рентгенографии множественных очаговых теней, в основном в нижних отделах, при наличии анамнестических или клинических данных, свидетельствовавших об опухолевых изменениях в щитовидной железе, давало основание в первую очередь заподозрить рак, после чего больную необходимо было немедленно направить в специализированное онкологическое учреждение.

Другая группа лечебно-тактических ошибок при раке щитовидной железы — неполноценное лечение или отказ от лечения в связи с выявлением метастазов в отдаленных органах. Как известно, рак щитовидной железы относится к опухолям, при которых возможно эффективное лечение даже при IV стадии заболевания. Так, при фолликулярной и папиллярной формах рака щитовидной железы показаны препараты радиоактивного йода для лечения отдаленных метастазов в легких и костях. Незнание этого факта врачами общей лечебной сети нередко приводит к выбору ошибочной тактики лечения. Так, 36 больных, леченных в МНИОИ им. П. А. Герцена, у которых был диагностирован рак щитовидной железы с метастазами в отдаленных органах, были необоснованно отнесены к клинической группе IVа и в течение длительного времени (от нескольких месяцев до 3 лет) получали лечение химиопрепаратами, что привело к прогрессированию заболевания и ухудшению общего состояния больных. Между тем проведение 33 больным из данной группы правильного лечения, заключавшегося в тотальном удалении щитовидной железы и последующих курсах терапии радиоактивным йодом, обеспечило клиническую ремиссию длительностью более 5 лет у 84,6% больных.

Следующая категория лечебно-тактических ошибок, выявленных нами при анализе результатов лечения рака щитовидной железы, — необоснованное проведение комбинированного лечения. В настоящее время продолжается дискуссия по вопросу о целесообразности применения лучевого метода у радикально оперированных больных с высокодифференцированными формами рака щитовидной железы даже IIб—III стадии. В некоторых же московских клиниках неонкологического профиля почти половина (48,3%) больных раком щитовидной железы I—IIа стадии получали послеоперационную лучевую терапию. Такое необоснованно проводимое лечение тяжело переносится

больными, ухудшает их состояние и не улучшает отдаленные результаты лечения.

Как уже отмечалось, хирургическое лечение рака щитовидной железы должны проводить в специализированных клиниках подготовленные врачи, владеющие методикой экстрафасциальных вмешательств на щитовидной железе и зонах регионарного метастазирования. Оперативные вмешательства по поводу рака щитовидной железы целесообразно осуществлять под эндотрахеальным наркозом. При этом обеспечивается возможность проведения широкой визуальной и пальпаторной ревизии всей щитовидной железы и зон регионарного лимфооттока. Объем вмешательства на щитовидной железе зависит от гистологической формы опухоли и ее распространенности. При высокодифференцированных формах рака щитовидной железы доказана возможность выполнения органосохраняющих вмешательств. Так, при поражении одной доли щитовидной железы оптимальным объемом операции является гемитиреоидэктомия с истмусэктомией. В случае распространения опухоли на перешеек показана субтотальная экстрафасциальная резекция щитовидной железы с полным удалением пораженной доли, перешейка и части неизмененной доли. При злокачественном поражении обеих долей органа методом выбора является тиреоидэктомия. Аналогичная операция должна быть выполнена и при наличии отдаленных метастазов с целью выключения йодпоглощающей функции органа. При обнаружении регионарных метастазов необходимо произвести фасциально-футлярное удаление лимфатических узлов и клетчатки во всех зонах лимфооттока на стороне поражения, сохранив по возможности (в отсутствие данных о прорастании) внутреннюю яремную вену, грудиноключично-сосцевидную мышцу и добавочный нерв. При ограниченном прорастании высокодифференцированных опухолей щитовидной железы в близлежащие органы и ткани (трахея, пищевод, возвратный нерв) хорошие отдаленные результаты дает тиреоидэктомия с резекцией пораженных органов. При среднедифференцированных (медуллярный рак) или недифференцированных формах без признаков иноперабельности методом выбора является тиреоидэктомия, выполняемая в плане комбинированного лечения. Такая тактика обеспечивает у большинства больных хорошие отдаленные результаты лечения при сохранении жизненно важных функций организма.

Однако до настоящего времени большую часть больных раком щитовидной железы оперируют в лечебных учреждениях, не имеющих условий для выполнения радикальных вмешательств. Так, из 526 больных, включенных нами в анализ, у 236 (44,9%) первичные операции по поводу рака щитовидной железы были произведены в учреждениях неонкологического профиля с нарушением принципов онкологического радикализма. Анализ объема и результатов данных операций показал, что врачами общелечебной сети из-за того, что они не знали особен-

ности течения рака щитовидной железы и не использовали современные методы обследования, был выбран неадекватный объем вмешательства. Так, 28 (11,9%) из них при явной клинической картине рака щитовидной железы с регионарными метастазами была произведена биопсия данных лимфатических узлов. Это вмешательство осложнило выполнение в последующем радикальной операции. У остальных 208 больных данной группы были выполнены интрафасциальные вмешательства на щитовидной железе, неадекватные злокачественному процессу: энуклеации опухоли у 59 (25%), резекции одной или обеих долей у 149 (63,1%). При выполнении у 223 больных этой группы в ближайшие сроки повторных вмешательств морфологически подтвержденная остаточная или рецидивная опухоль обнаружена у 180 (80,7%) из них. Следует отметить, что у 115 (69,5%) больных при повторной операции выявлено распространение процесса в зоны регионарного лимфооттока. Все отмеченное выше свидетельствует о необходимости лечения данной категории больных только в специализированных отделениях онкологических лечебных учреждений.

Следует отметить, что до настоящего времени выполнение интрафасциальных вмешательств при раке щитовидной железы хирурги обосновывают меньшим количеством осложнений по сравнению с экстрафасциальными операциями. Можно предположить, что такое мнение объясняется отсутствием у хирургов объективных данных о количестве осложнений. Ошибки при определении частоты и степени выраженности осложнений, возникающих после лечения рака щитовидной железы, обусловлены тем, что в общелечебных учреждениях невозможно организовать правильное динамическое наблюдение за данными больными. Большинству больных не проводят объективные исследования, позволяющие обнаружить первоначально скрыто протекающие осложнения: не выполняют непрямую ларингоскопию для установления подвижности голосовых складок, не определяют в отдаленные сроки степень выраженности гормональных нарушений с помощью современных радиоиммунных и биохимических методов. В то же время при объективном обследовании 236 больных, которым в учреждениях общей лечебной сети были произведены неадекватные операции, у 55 (23,3%) обнаружены параличи гортани, связанные с повреждением возвратного нерва. Экстрафасциальные вмешательства, выполняемые по современной методике с визуализацией возвратного нерва на всем протяжении, крайне редко приводят к нарушению его функции. Так, осуществление подобных вмешательств по методике с окрашиванием ткани железы раствором индигокармина позволило сохранить возвратный нерв у всех 132 оперированных. Кратковременный парез одной половины гортани отмечен лишь у одного больного (0,8%).

При проведении исследований по объективному определению гормональных нарушений при раке щитовидной железы ус-

тановлено достоверное снижение концентрации тиреоидных гормонов в периферической крови и значительное повышение уровня тиреотропного гормона гипофиза. После оперативных вмешательств на щитовидной железе отмечается выраженное прогрессирование этих изменений. Отсутствие их объективной регистрации с помощью радиоиммунных методов определения уровня гормонов и своевременной постоянной коррекции путем проведения индивидуально подобранной заместительной гормонотерапии тиреоидными препаратами (тиреоидин, тиреокомб, трийодтиронин) также может затруднить распознавание и устранение этого вида осложнений, возникающих при лечении больных раком щитовидной железы.

Подобная ошибка осложняет проведение медицинской и социально-трудовой реабилитации этих больных. Следует отметить, что радикальное лечение и адекватная заместительная гормонотерапия обеспечивают возможность возвращения к трудовой деятельности большинства больных раком щитовидной железы — до 87,5%. В то же время до настоящего времени значительная часть (более 30%) этих больных необоснованно долго признаются нетрудоспособными. К сожалению, специалисты ВТЭК при решении вопроса о трудоспособности больных принимают во внимание не данные о тяжести выполненных операций и наличии осложнений, а гистологическое заключение о злокачественном или доброкачественном характере опухоли. Такой подход, в частности к больным с высокодифференцированными формами рака щитовидной железы, с нашей точки зрения, необоснован.

В заключение остановимся на наиболее частых ошибках при ведении медицинской документации и деонтологических ошибках. Среди первых следует выделить несоответствующее истинному положению описание в документах проведенных лечебных мероприятий. Так, хирурги общей лечебной сети, произведя нерадикальные интрафасциальные операции (энуклеация опухоли, резекция долей), у 70 из 236 (29,7%) больных скрыли истинный объем вмешательств, указав иные виды операций (гемитиреоидэктомия, субтотальная резекция щитовидной железы, тиреоидэктомия). Это нарушило преемственность в лечении больных и осложнило своевременное решение вопроса о необходимости радикального лечения. В эту группу необходимо отнести и практикуемое врачами направление на консультацию в другое лечебное учреждение больных раком щитовидной железы без документов, в которых должно быть указание на точное расположение выявленной опухоли, описание проведенных лечебных мероприятий (объем операции, методика и дозы лучевой терапии), их эффективности и возникших осложнений. До настоящего времени некоторые врачи скрывают факт возникновения осложнений в процессе лечения больных, не принимают мер по их своевременной коррекции и реабилитации больных. Например, при своевременном направлении на логопедическую

реабилитацию больных, у которых после операции на щитовидной железе нарушается подвижность голосовой складки, возможно быстрое восстановление голосовой функции. Однако ни один из 55 больных с параличом половины гортани, возникшим после операций, произведенных в учреждениях общей лечебной сети, не был направлен хирургами к логопеду. Крайне редко оперировавшие врачи направляют больных с трахеостомами, наложенными после вмешательств на щитовидной железе, для восстановления естественного дыхания. Все это не позволяет решить основную задачу лечения — обеспечить скорейшее полное выздоровление больного с восстановлением утраченных функций.

До сих пор отмечаются и грубейшие деонтологические ошибки в отношении больных и их родственников. Недопустимо информировать больного об истинном характере его заболевания при личном общении и особенно предоставлять ему медицинскую документацию. Ведь до настоящего времени для большинства людей диагноз рака является свидетельством безнадежности, и такая информация может привести к непредсказуемым последствиям. Известны случаи, когда больные отказывались от лечения и обращались к услугам некомпетентных в медицине лиц. Необоснован также чрезмерный оптимизм некоторых врачей в беседе с родственниками и больным. Необходимо своевременно предупредить их о возможных послеоперационных осложнениях и сказать о существующих способах их коррекции в последующем. Это относится, в частности, к случаям применения заместительной гормонотерапии и логопедической помощи.

10.2. ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Выявление и лечение больных со злокачественными опухолями слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух — сложная задача. Это связано с анатомо-топографическими особенностями этих опухолей, близостью жизненно важных органов, что ограничивает действия хирурга.

У абсолютного большинства больных диагноз злокачественной опухоли устанавливают поздно, в той стадии, когда уже невозможно добиться длительного, стойкого излечения. Так, по данным МНИОИ им. П. А. Герцена, из 318 больных II стадия выявлена лишь у 12,6%, III — у 65,4%, IV — у 22% [Волкова М. А. и др., 1976]. Неблагоприятные результаты лечения рака слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух в известной мере связаны и с организационными ошибками, допущенными при первичной диагностике.

Диагностика злокачественных опухолей слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух в начальных стадиях представляет большие трудности из-за скудости симптоматики. Та-

кие сравнительно ранние признаки, как одностороннее затруднение носового дыхания, неинтенсивные головные боли и чувство тяжести в голове, врач и больной считают неопасными, наблюдающимися при неонкологических заболеваниях, поэтому на лечение в стационар больные поступают спустя несколько месяцев от начала заболевания.

10.2.1. Ошибки в диагностике

Первичную диагностику злокачественных опухолей слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух проводят врачи-отоларингологи поликлиник общей лечебной сети, у которых онкологическая настороженность далеко не всегда достаточно высока. Кроме того, диагностика злокачественных опухолей полости носа и околоносовых пазух носа в ранних стадиях затруднена из-за отсутствия характерных симптомов. В связи с этим возникает типичная организационная ошибка: при повторном обращении к оториноларингологу со стандартными жалобами больному на длительное время (от 3 мес до 1 года) назначают противовоспалительное лечение.

Несвоевременное направление больного на обследование в специализированное онкологическое учреждение при наличии характерных постоянных жалоб, отмечающихся как при воспалительной, так и опухолевой природе заболеваний слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух, — наиболее частая ошибка, допускаемая врачами поликлиник.

С целью распознавания злокачественных опухолей слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух применяют прямую и заднюю риноскопию, а также рентгенологическое исследование с послойной томографией в разных проекциях и контрастированием околоносовых полостей жидкими контрастными веществами. Для того чтобы морфологически подтвердить диагноз, производят биопсию опухоли полости носа с гистологическим исследованием полученного материала и диагностическую пункцию верхнечелюстной пазухи с последующим цитологическим исследованием пунктата.

Первичную диагностику, как правило, проводят в связи с обращением больных в лечебные учреждения с определенными жалобами. Системы активного выявления злокачественных опухолей слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух в условиях практического здравоохранения нашей страны не существует, так как для этого требуются специальные методы исследования, использовать которые в массовом масштабе практически невозможно.

Нередко эти опухоли развиваются на фоне длительно существующих хронических заболеваний — хронического полипозного гайморита и полипоза полости носа, при которых создаются благоприятные условия для возникновения злокачественной опухоли. В связи с этим диспансерное наблюдение за этой груп-

пой больных является необходимым условием ранней диагностики рака. Типичной ошибкой в данном случае является отказ от строгой диспансеризации этих больных, в частности неоправданно большие интервалы между контрольными обследованиями — 6 мес. В результате этого теряется время, не проводится анализ изменений симптомов (увеличение их интенсивности и продолжительности, появление новых симптомов). Вследствие этого больных часто направляют на консультацию в специализированное онкологическое учреждение поздно, когда опухолевый процесс уже в запущенной стадии, нередко после обнаружения опухоли полости носа и околоносовых пазух в ходе гайморотомии.

Частота диагностических ошибок при первичном обращении к врачу больных со злокачественными опухолями верхней челюсти и полости носа составляет 30—57,9% [Пачес А. И., 1971; Автинь А. Я., 1974; Финкельштерн М. Р. и др., 1980; Лазо В. В., Емельянов А. А., 1982; Погосов В. С. и др., 1988]. А. И. Пачес (1971) указывает, что врачи неправильно расценивают начальные признаки заболевания. По данным А. Я. Автинь (1974), ошибочные диагнозы были установлены у 59,3% больных. М. Р. Финкельштерн и соавт. (1980) провели анализ диагностических ошибок, допущенных при обследовании 327 больных со злокачественными опухолями верхней челюсти и полости носа, направленных в МНИОИ им. П. А. Герцена. Авторы установили, что только в 29% наблюдений специальное лечение было начато через 1—3 мес после появления первых симптомов заболевания, в 45% лечение первоначально было неправильным либо его вовсе не проводили в течение 3—12 мес, а в 25% наблюдений — более года. Наиболее часто при первичном обращении больных диагностировали ринит, гайморит, кариес зубов, невралгии, невриты [Процык В. С., 1984]. В связи с установлением ошибочного диагноза проводили неправильное лечение, а 16,1% больных его вообще не назначали. В этих случаях длительно осуществляли противовоспалительное лечение и физиотерапию. Значительной части больных производили экстирпацию зубов, пункцию верхнечелюстной пазухи, гайморотомию. Диагностические ошибки наблюдались и при клинически четко проявляющейся опухоли полости носа или альвеолярного отростка. У 43 больных произведена «полипотомия», нередко повторная, без гистологического исследования, которое является обязательным при удалении любого патологического образования.

С. Ш. Баймаканова и Г. И. Хускутдинова (1965), А. Г. Шантуров (1982) обращают внимание на то, что наряду с поздней диагностикой злокачественных опухолей верхней челюсти и полости носа возможно и обратное явление — гипердиагностика, которая в случаях отсутствия опухолевой патологии влечет за собой необоснованное лучевое и оперативное лечение. Причины установления таких ошибочных диагнозов заключаются в не-

правильной оценке рентгенологических данных и, главное, в том, что не проводится морфологическая диагностика. Необходимо отметить, что после гайморотомии на рентгенограммах очень трудно дифференцировать дефект костной стенки, образовавшийся как следствие предшествующей операции, и дефект, возникший вследствие деструкции опухоли. У части таких больных во время операции, выполненной по месту жительства по поводу хронического гайморита, неожиданно для хирурга в просвете пазухи была обнаружена опухоль с очагами деструкции костной ткани, не выявленными до начала лечения. Причиной этого было недостаточно квалифицированное рентгенологическое исследование.

Нередко причиной диагностической ошибки является неполное обследование — без проведения обязательных в таких случаях рентгенологического и морфологического исследований [Процык В. С., 1984]. Цитологическое исследование необходимо выполнять при любой пункции околоносовых пазух, тем более при подозрении на опухоль этих полостей и полости носа.

В связи с тем что большое число больных со злокачественными опухолями верхней челюсти и полости носа направляют на лечение в специализированные отделения после первичного нерадикального лечения, возникают дополнительные трудности при уточнении распространенности опухоли, особенно при подозрении на поражение смежных анатомических областей — глазницы, основания черепа, носоглотки. Г. А. Борноволокова и соавт. (1976) при обследовании 93 больных со злокачественными опухолями верхней челюсти и полости носа у 17,5% из них отметили несовпадение рентгенологических и операционных данных.

Процент ошибок, возникающих при клиническом и рентгенологическом определении границ опухолевого поражения верхней челюсти и полости носа, достаточно высок — 34,8% [Robin R. E., Powell D. D., 1981]. При этом в 31,6% случаев недооценивают распространенность опухоли, а в 3,2% отмечается ее переоценка. По нашим данным, наиболее часто ошибки допускают при оценке поражения решетчатого лабиринта (19,7%), прорастания опухоли в полость черепа, крыловидную и подвисочную ямки (11,3%), глазницу (4,6%), что в основном обусловлено пределами разрешающих способностей обычно применяемых методов исследования. Часто не удается выявить даже такой важный признак опухоли, как деструкция костных стенок, наблюдаемый у подавляющего числа больных раком околоносовых пазух. В тех же случаях, когда деструкцию выявляют, ее трудно считать прямым признаком злокачественного процесса, так как схожие симптомы могут возникать при медленно растущих доброкачественных опухолях вследствие их давления на костные структуры.

Ошибки при рентгенологической оценке распространенности опухолевого поражения нередко возникают из-за ограниченного

использования этого метода исследования, в частности в тех случаях, когда не производят рентгенограммы в трех основных проекциях (полуаксиальная, носоподбородочная, косая). Такие рентгенологические признаки, как регионарное затемнение, изменение перекреста линий заднебоковой стенки верхней челюсти и большого крыла основной кости на фоне дополнительных теней в верхнечелюстной пазухе и очагах костной деструкции, как правило, свидетельствуют о распространенном опухолевом процессе. В этих случаях возможны ошибки, если при оценке рентгенологических данных не учитывают клинические симптомы и дополнительно не проводят послойную томографию. Вообще в отсутствие клинических проявлений рентгенологический метод не должен иметь решающего значения. Следует иметь в виду, что распространенность опухолевого процесса окончательно устанавливают в ходе выполнения оперативного вмешательства.

Нередко ошибки при установлении диагноза злокачественной опухоли полости носа и околоносовых пазух возникают в связи с топографоанатомическими особенностями развития опухоли в закрытых полостях, что в значительной мере затрудняет получение патологического субстрата (биопсии и пункции) для морфологического исследования. Показанные в таких случаях эндоскопическое исследование с помощью фиброскопа и риноантроскопию с биопсией в настоящее время проводят еще редко. В последние годы установлено большое значение риноантроскопии в ранней диагностике злокачественных опухолей околоносовых пазух. Указанная диагностическая методика значительно усовершенствована А. А. Штиль (1979, 1983). При этом подчеркнута необходимость специального оснащения и навыка, для того чтобы ориентироваться в получаемых данных.

Основным методом диагностики является морфологическое исследование. Диагноз злокачественной опухоли полости носа и околоносовых пазух нельзя считать достоверным, если он не подтвержден результатами морфологического исследования. Несмотря на это принципиальное условие, в ряде стационаров диагноз злокачественной опухоли верхней челюсти и полости носа устанавливают без морфологического подтверждения, что приводит к ошибкам в планировании лечения. Следует помнить, что в том случае, если клинико-рентгенологический диагноз очевиден, но морфологически не подтвержден, то последним этапом диагностики является диагностическая гайморотомия со срочным гистологическим исследованием и оценкой распространенности поражения, и только на этой основе возможно рациональное планирование лечения.

Таким образом, ошибки в диагностике злокачественных опухолей полости носа и околоносовых пазух, как правило, происходят на поликлиническом этапе. Врач-отоларинголог нередко не имеет достаточной онкологической настороженности и соответствующей подготовки, не замечает начальных проявлений за-

болевания, своевременно не направляет больного на консультацию и лечение в специализированное онкологическое учреждение, не использует доступный комплекс диагностических исследований (рентгенологическое и биопсию), что приводит к запущенности заболевания.

Одна из ошибок в диагностике злокачественных опухолей полости носа и околоносовых пазух — отказ от использования ряда современных методов и морфологического подтверждения диагноза путем операционной диагностики. Это приводит к тому, что производят нерадикальное хирургическое вмешательство или пытаются оперировать заведомо неоперабельных больных.

Особенно большие трудности возникают при подозрении, основанном на клинических симптомах, что после операции на верхней челюсти возник рецидив опухоли, когда характерный для злокачественного роста рентгенологический симптом — деструкция костей — уже имеется как следствие проведенного лечения и трактовка полученных данных весьма затруднительна [Лихтенштейн Е. А., 1962; Погосов В. С., 1988; Momose K. J. et al., 1980; Kondo E. M. et al., 1985].

Снижению частоты ошибок, связанных с неправильной оценкой распространенности опухолевого поражения верхней челюсти при планировании лечения, в частности объема оперативного вмешательства, в значительной мере способствует использование компьютерной томографии [Ольшанский В. О. и др., 1985; Manculo J. F. et al., 1978; Morth A. M. et al., 1981; Lund V. J., 1988].

В отличие от обычного рентгенологического исследования, позволяющего обнаружить разрушение опухолью костного скелета, компьютерная томография дает возможность выявить тень самой опухоли, а также мягкотканные образования (мышцы, подкожная жировая клетчатка, мозг), различающиеся по поглощению рентгеновского излучения всего на 0,5%. Благодаря этой особенности компьютерной томографии при злокачественных поражениях верхней челюсти и полости носа можно определить границы опухоли в тех анатомических зонах, исследование которых с помощью обычных рентгенологических методов малоинформативно (крылонебная и подвисочная ямки, полость черепа, глазница, решетчатый лабиринт).

В. О. Ольшанский и соавт. (1985) использовали результаты компьютерной томографии при планировании лечения 74 больных со злокачественными опухолями верхней челюсти. Следует отметить, что у 17 (23%) больных удалось избежать серьезных ошибок при выборе оптимального плана лечения: вместо планировавшегося первоначально хирургического или комбинированного лечения было проведено лучевое либо химиолучевое. Дополнительная информация, полученная при компьютерной томографии, о поражении опухолью полости носа, верхнечелюстной пазухи, ее передней и задней стенок, нижней и медиальной сте-

нок глазницы, распространении опухоли в решетчатый лабиринт позволила избежать ошибки при определении объема оперативного вмешательства у 15 из 25 больных.

10.2.2. Ошибки в лечении

В связи с ошибочным диагнозом неопухолевого поражения полости носа и околоносовых пазух больным со злокачественными опухолями данной локализации длительно проводят неадекватное лечение, выполняют оперативные вмешательства, которые способствуют диссеминации опухолевых клеток и ухудшают прогноз.

В. С. Процык (1984), проанализировав истории болезни 309 больных со злокачественными опухолями, показал, что у $^1/_3$ из них запущенность заболевания была связана с врачебными ошибками. Этим больным ошибочно производили экстракцию зубов и физиотерапевтические процедуры, полипотомию и гайморотомию без гистологического исследования, пункции верхнечелюстной пазухи с промыванием ее полости различными антисептическими растворами без цитологического исследования пунктата, симптоматическое лечение (полоскание полости рта отварами трав и антисептиками), противовоспалительное лечение антибиотиками. Подозрение о возможности злокачественной опухоли возникало только в период выраженных симптомов заболевания, при его прогрессировании, когда диагноз был уже очевиден.

Результаты лечения злокачественных опухолей верхней челюсти и полости носа остаются неудовлетворительными. Так, по данным ряда исследователей, даже при проведении наиболее эффективного комбинированного лечения при III стадии заболевания 5-летняя выживаемость не превышает 50—53%, а частота рецидивов достигает 40% [Мельников Р. А., 1971; Пачес А. И., 1971; Бойко В. П., 1976; Коротких Н. Г., 1978; Штиль А. И., 1983; Lloyd J. A. S. et al., 1981]. При хирургическом лечении, по сведениям разных авторов, 5-летняя выживаемость составляет 18—35%, при комбинированном — 30—50% [Штиль А. А., 1979; Шантуров А. Г., Сенюков М. В., 1982; Пачес А. И., 1983].

У больных со злокачественными опухолями верхней челюсти III стадии наилучшие результаты отмечены при комбинированном лечении с предоперационной лучевой терапией. Многие клиницисты сомневаются в возможности полного излечения распространенного рака верхней челюсти с помощью только радикальной операции. Необходимо дальнейшее совершенствование лечебной тактики, для того чтобы предотвратить ошибки, подобные тем, когда при операбельной форме злокачественной опухоли проводят только консервативное лечение — лучевую или лекарственную терапию. Указанные методы необходимо применять при лечении неоперабельных больных, они не могут

заменить хирургическое вмешательство, особенно если его выполняют в плане комбинированного лечения у больных со злокачественными опухолями II—III стадии. В этом отношении заслуживают внимания результаты комбинированного лечения, заключавшегося в предоперационном облучении и последующем электрохирургическом вмешательстве, проведенных в клинике МНИОИ им. П. А. Герцена 150 больным со злокачественными опухолями верхней челюсти. У 196 из этих больных установлена II стадия поражения, у 98—III, у 33—IV стадия. При неуверенности в абластичности операции (у 99 больных) проводили дополнительное внутрираневое облучение путем закладки радиоактивных препаратов. В результате 5-летняя выживаемость больных составила 52%: при II стадии — 73,6%, при III — 54%, при IV — 24,2%.

Больным, которым комбинированное лечение не могло быть проведено из-за значительной распространенности процесса, общих противопоказаний к выполнению хирургического вмешательства или отказа от него (159 больных), назначали только лучевое лечение. Суммарная очаговая доза в таких случаях доходила до 65—76 Гр, 5-летняя выживаемость составила 23,2%.

Ошибок при лечении можно избежать, если строго придерживаться принципа: каждый метод консервативного лечения (лучевой, химиотерапевтический или химиолучевой) можно применять в качестве самостоятельного у больного со злокачественными опухолями верхней челюсти по строгим показаниям при первично неоперабельных недифференцированных формах рака [Воробьев Ю. И., 1979]. Однако в остальных случаях эти методы по эффективности не могут сравниться с комбинированным лечением, включающим предоперационное облучение и операцию, и тем более заменить его.

К лечебно-тактическим ошибкам следует отнести нарушение последовательности в проведении лучевого и хирургического лечения, а также основных требований к комбинированному лечению в целом. В частности, лучевую терапию нередко ошибочно проводят не в предоперационной дозе (40—50 Гр), а в полной лечебной (65—70 Гр). В этих случаях опухоль не разрушается, однако происходят выраженные лучевые повреждения окружающих тканей, создаются неблагоприятные условия для выполнения радикальной операции и, как правило, увеличивается частота послеоперационных гнойно-некротических осложнений. Нередки также случаи нарушения ритма комбинированного лечения, когда радикальную операцию производят через 3 мес — 1 год после завершения предоперационного облучения. Такой большой интервал между предоперационной лучевой терапией и операцией недопустим, так как в этом случае теряется смысл предоперационной лучевой терапии, поскольку уже через 1 мес после облучения возобновляется рост опухоли.

Ошибки при проведении комбинированного лечения злокаче-

ственных опухолей верхней челюсти значительно ухудшают его результаты и часто приводят к увеличению частоты рецидивов опухоли, которая, по нашим данным, может достигать 60%.

Недоучет биологических особенностей развития, в частности темпа роста, злокачественных новообразований верхней челюсти приводит к возникновению таких ошибок, когда вместо оптимального комбинированного лечения проводят только хирургическое, причем оперативное вмешательство выполняют кровавым путем, с нарушением абластики, что нередко приводит к диссеминации опухолевых клеток в зоне операции, ускорению роста опухоли и регионарному метастазированию. При выполнении кровавой резекции нередко возникает сильное кровотечение, для предотвращения которого необходимо предварительно перевязать наружную сонную артерию.

Тактической ошибкой при лечении больных с распространенными формами рака верхней челюсти при неуверенности в абластичности произведенной операции следует считать проведение послеоперационной дистанционной гамма-терапии на область бывшего расположения опухоли, которая оказывается неэффективной. Более обоснованно осуществление внутриранeвого облучения путем укладки радиоактивных препаратов непосредственно в послеоперационную полость к тому месту, где могут находиться остатки опухоли.

В литературе дискутируется вопрос о целесообразности экзентерации глазницы при распространенных злокачественных опухолях верхней челюсти и полости носа. В. П. Бойков (1976) и R. Jesse и соавт. (1967), исходя из преимущественного направления роста опухоли, настаивают на выполнении экзентерации глазницы уже при ограниченном разрушении ее нижней и медиальной стенок, В. В. Лазо и А. А. Емельянов (1982) — только при прорастании опухоли в клетчатку глазницы. Недостаточно обоснованная настойчивость хирурга, требующего выполнения экзентерации глазницы у больных раком верхней челюсти, иногда приводит к тому, что часть больных отказываются от операции.

Во избежание ошибок при определении необходимости выполнения экзентерации глазницы целесообразно дифференцированно подходить к решению этого вопроса. Опыт 65 проведенных в МНИОИ им. П. А. Герцена операций у больных с распространенными злокачественными опухолями верхней челюсти со специфической деструкцией костных стенок глазницы показал, что в ряде случаев оправдано выполнение электрохирургической резекции верхней челюсти с удалением пораженной стенки глазницы и прилежащей интраорбитальной клетчатки, но с сохранением глазного яблока. Частота возникновения рецидивов в области глазницы не превышала 10%. При обширном поражении стенок глазницы и интраорбитальной клетчатки показана электрохирургическая резекция верхней челюсти с экзентерацией глазницы.

Уже длительное время в литературе дискутируется вопрос о предпочтительности использования электрохирургической методики [Кабаков Б. Д. и др., 1978; Пачес А. И., 1983]. Наш опыт (более чем 200 операций) свидетельствует о значительных преимуществах этой методики по сравнению с другими. Он заключаются в большей абластичности и меньшей кровопотере, возможности удалить опухоль при ее значительном распространении, отсутствии необходимости перевязывать наружные сонные артерии. Следует отметить, что при использовании электрохирургической методики отторжение коагуляционного слоя тканей в послеоперационном периоде происходит в течение не менее 3 нед, поэтому из-за возможного возникновения вторичных кровотечений выписывать больного из стационара в ранние сроки не рекомендуется. Одной из мер предотвращения этого осложнения является активное удаление коагуляционного слоя тканей и нанесением на стенки послеоперационной полости клеевой композиции, содержащей лекарственные вещества [Ольшанский В. О. и др., 1989]. Мы считаем неоправданной превентивную, с целью предотвращения кровотечения, перевязку наружной сонной артерии перед электрохирургической резекцией верхней челюсти, которую рекомендуют ряд авторов [Пачес А. И., 1971; Бойков В. П., 1976; Кабанов Б. Д и др., 1978]. По нашему мнению, перевязка наружной сонной артерии необходима только при некупирующемся другими средствами кровотечении из послеоперационной полости и является надежным способом ликвидации этого грозного осложнения, наблюдающегося у 10—15% оперированных больных [Рудявский Б. А., 1953; Бойков В. П., 1976].

При выполнении электрохирургической резекции верхней челюсти, особенно при обработке решетчатого лабиринта, следует помнить о возможности повреждения ситовидной пластинки с последующим нарушением твердой мозговой оболочки и ткани мозга, развитием ликвореи, менингита, абсцесса мозга. Такая возможность становится реальной, если этот этап операции выполняют, последовательно проваривая и удаляя ткани, что затрудняет топографическую ориентировку. За последние 3 года на 90 операций мы наблюдали 3 подобных осложнения. С целью предупреждения развития указанных осложнений клетки решетчатого лабиринта удаляли преимущественно острой ложкой, что позволяет избежать разрушения ситовидной пластинки. Поспешность при выполнении операции и недостаточное охлаждение зоны электрокоагуляции могут привести к перегреванию этой области и вызвать панофтальмит, менингит и другие осложнения.

Реабилитация больных с распространенными формами злокачественных опухолей верхней челюсти после расширенного радикального хирургического вмешательства — сложная задача. Расширенные электрохирургические резекции верхней челюсти нередко с удалением прилежащих мягких тканей лица

и экзентерацией глазницы приводят к образованию значительных анатомических дефектов полости рта, лица, наружных отделов носа и возникновению сопутствующих этому функциональных нарушений.

Ошибки при реабилитации этой категории больных нередко связаны с тем, что врачи мало знают о возможностях современных средств протезирования и пластического замещения дефектов, позволяющих осуществить успешную медицинскую, а также социальную и трудовую реабилитацию подавляющего большинства таких больных. Недостаточное знание вопросов реабилитации приводит к тому, что больному не разъясняют возможность уменьшения косметических дефектов и функциональных послеоперационных нарушений с помощью комплекса реабилитационных средств. Ошибки возникают и при составлении заключения об инвалидности больных врачами ВТЭК из-за недооценки возможностей радикального лечения злокачественных опухолей верхней челюсти и эффективности медицинских реабилитационных мероприятий, вследствие чего недооцениваются трудовые возможности этих больных. Более того, это сказывается и на решениях ВТЭК, когда необоснованно завышают группу инвалидности.

В результате радикально оперированных и полностью медицински реабилитированных больных ошибочно признают нетрудоспособными и лишают их возможности активно трудиться по своей специальности.

В настоящее время применяют многочисленные методики пластического замещения дефектов лица и сложного трехэтапного челюстно-лицевого протезирования с целью устранения дефектов верхней челюсти и отграничения ее от полости рта; изготавливают эндопротезы, фиксирующиеся на оправе очков, для объемного восполнения с косметическим ретушированием обширных дефектов наружного носа, лица и глазницы, в результате чего уменьшается выраженность функциональных нарушений и косметических дефектов [Шантуров А. Г., Сенюков М. В., 1982; Пачес А. И., 1983; Герасименко В. Н. и др., 1985]. При проведении послеоперационного протезирования ошибки возникают по разным причинам, но чаще всего из-за технических погрешностей, связанных, в частности, с недостаточной информацией об объеме удаленных тканей, предоставляемой хирургом стоматологу-ортопеду, изготавливающему протез [Герасименко В. Н. и др., 1986].

Учитывая высокую вероятность рецидива опухоли, при диспансерном наблюдении целесообразно проводить осмотры больного не реже 1 раза в 3 мес в течение первого года после операции и каждые 6 мес на протяжении последующих 3 лет, а затем 1 раз в год. В то же время осмотр послеоперационной полости и всех ее стенок затруднен, что может привести к недооценке ранних проявлений рецидива. В связи с этим для раннего выявления рецидива опухоли необходимо применять фиб-

роскопы и производить прицельную биопсию подозрительных участков с последующим цитологическим и гистологическим исследованием полученного материала [Белоусова Н. В. и др., 1983].

Четкое своевременное и квалифицированное заполнение медицинской документации в процессе диагностики и лечения больных со злокачественными опухолями полости носа и околоносовых пазух необходимо прежде всего в интересах больного, так как облегчает выбор рационального плана лечения. Медицинские документы, которые оформляют для данной группы больных, должны характеризоваться: 1) своевременностью составления; 2) достоверностью приведенных фактов; 3) полнотой освещения [Грицман Ю. Я., 1981].

Ошибки в медицинской документации, возникающие на разных этапах диагностики и лечения, нередко отражаются на своевременности и правильности принимаемых решений. При заполнении амбулаторной карты и истории болезни больных со злокачественными опухолями полости носа и околоносовых пазух встречаются следующие недочеты:

1. Не фиксируется время появления признаков болезни, в частности затруднения носового дыхания, выделений из носа, чувства тяжести в надбровной области, слезотечения, выпячивания глазного яблока, припухлости в медиальном углу глазницы и т. д.

2. Диагноз заболевания формируется в сокращенном виде, не обосновывается должным образом стадия процесса. Местный статус описывают кратко, без выделения очень важных подробностей и деталей, позволяющих составить представление о распространенности первичной опухоли. Так, при передненижней локализации по классификации, предложенной Ohngren (1933), не приводятся сведения о состоянии мягких тканей щеки и инфильтрации щечно-десневого кармана. При задневерхней локализации не отмечаются припухлость у внутреннего угла глаза и в области височной ямки, тризм, выпячивание глазного яблока. Нет сведений о состоянии регионарных лимфатических узлов шеи. Заключения рентгенологов слишком кратки, в них не указываются локализация и уровень деструкции костных стенок околоносовых пазух.

3. При оформлении протокола операций (гайморотомия) не приводится подробная информация об особенностях патологических изменений, обнаруженных в верхнечелюстной пазухе, разрушении костных стенок, инфильтрации мягких тканей щеки и т. д.

4. Не приводятся данные об изменениях первичной опухоли и регионарных метастазов под влиянием проведенного лечения.

5. Смешиваются понятия: удаление верхней челюсти — «максилэктомия», ее части — «резекция», удаление всей челюсти или ее части с окружающими органами — «комбинированная максилэктомия или резекция».

Отсутствие клинических, рентгенологических и морфологических данных о прорастании опухоли в глазницу, носоглотку, переднюю черепную ямку, свидетельствующих о значительной распространенности поражения, может явиться причиной выбора неадекватного плана лечения.

При обследовании и лечении больных со злокачественными опухолями полости носа и околоносовых пазух возникает ряд специфических деонтологических ошибок. Установление диагноза рака полости носа и околоносовых пазух в III—IV стадии рождает в медицинском коллективе лечебного учреждения пессимистическое отношение к целесообразности проведения радикального лечения и выполнения оперативного вмешательства. Такой взгляд объясняется неудовлетворительными результатами лечения этой группы больных. Отрицательное отношение к радикальному лечению указанной группы больных является ошибочным, так как оно продлевает жизнь больных, уменьшает тяжелые проявления болезни — частично снимает болевой синдром.

В любом случае коллектив лечебного учреждения — стационара и поликлиники — не должен забывать о милосердии и гуманности и проводить симптоматическую терапию больным с запущенными формами заболевания.

В то же время задачей врачей является проведение постоянной санитарной пропаганды, направленной на то, чтобы показать возможности полного излечения значительной части больных раком полости носа и околоносовых пазух в ранних стадиях при использовании современных методов лечения. Санитарное просвещение должно способствовать преодолению неверия в возможность излечения и преодолению страха перед злокачественными новообразованиями, в том числе и данной локализации. Наиболее действенной формой работы с населением являются выступления излеченных больных со злокачественными опухолями полости носа и околоносовых пазух.

Должен ли знать больной о характере имеющегося у него заболевания? Следует, наверное, отказаться от общепринятого мнения скрывать от больного наличие у него злокачественной опухоли полости носа и околоносовых пазух. Такой деонтологический подход является ошибочным, так как приводит к благодушному отношению больного к своему здоровью и отказу от предлагаемого лечения и операции.

Мы считаем, что объем информации о характере заболевания, которую получает больной, должен зависеть от стадии поражения, морфологической природы опухоли, перспективы излечения, характера предстоящей операции. В тех случаях, когда у больного имеется ограниченный рак полости носа или околоносовых пазух, благоприятная перспектива излечения, предлагаемая операция не носит калечащего характера, целесообразно сообщить пациенту, что у него имеется опухоль, которая при дальнейшем развитии приведет к тяжелым нарушениям, будет

угрожать жизни больного, если не будут проведены стационарное лечение и операция.

При наличии у больного распространенного рака верхней челюсти, выраженного болевого синдрома и неблагоприятном прогнозе мы считаем необходимым при планировании лечения и обширной калечащей операции рассказать больному, что у него имеется заболевание, которое приведет его к смерти. Единственным шансом продлить жизнь и уменьшить выраженность болевого синдрома, а у части больных добиться излечения является проведение тяжелого лечения — лучевой и лекарственной терапии, калечащей операции. Содружество больного и врача помогает значительной части страдающих распространенным раком полости носа и околоносовых пазух принять правильное решение. Следует отметить, что при выполнении расширенных комбинированных электрохирургических резекций верхней челюсти или максилэктомии с экзентерацией глазницы удается добиться длительного излечения 20—25% больных [Бойков В. П., 1977; Процык В. С., 1984].

Если больной со злокачественной опухолью полости носа и околоносовых пазух получает неполную информацию о характере заболевания, то родственникам больного сообщают о тяжести и прогнозе заболевания, возможности неблагоприятного исхода, несмотря на проводимое специальное лечение и обширную калечащую операцию. Такой подход позволяет избежать необоснованных претензий больного и его родственников при прогрессировании заболевания.

Следует признать деонтологически ошибочным неоправданный оптимизм при проведении бесед оперирующего хирурга с родственниками в оценке судьбы больного со злокачественной опухолью полости носа и околоносовых пазух, так как успех лечения зависит не только от радикальности оперативного вмешательства, но и от ряда факторов, действие которых трудно предвидеть.

10.3. ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ РАКА ГОРТАНИ

При современном состоянии проблемы рака гортани прогноз заболевания зависит от своевременной диагностики и правильного лечения. При I стадии заболевания клиническое излечение без рецидивов и метастазов продолжительностью свыше 5 лет достигнуто у 83—95% больных, при II — у 70—76% [Огольцова Е. С., 1984; Пачес А. И., 1983; Погосов В. С., 1982; Фейгин Г. А., 1986; Шантуров А. И., 1986; Ольшанский В. О. и др., 1987; Simonetta B. et. al., 1979; Woodhouse M. et al., 1981]. Однако в настоящее время лечение 70% больных начинают в III, а 10% — в IV стадии заболевания.

Диагностические ошибки как причина позднего распознавания злокачественных опухолей гортани отмечаются на разных

этапах обследования. По данным Е. О. Огольцовой (1987), ошибки допущены при обследовании 30% больных, впервые обратившихся к врачу. Даже при поздних стадиях заболевания (III и IV) ошибки отмечены у 24,3% больных [Филатов В. Ф. и др., 1983].

С целью изучения диагностических ошибок на всех этапах распознавания опухолей гортани и выявления их причин были проанализированы данные о 627 больных раком гортани, обратившихся в МНИОИ им. П. А. Герцена с 1970 по 1975 г., и 235 больных раком гортани, консультированных в институте в 1980 и 1981 гг. Сравнительный анализ показал, что, несмотря на 5-летний интервал, частота и характер ошибок, допущенных в эти периоды, существенно не отличаются.

Следует отметить, что большинство больных (64%) обратились к врачу в сроки до 1 мес до начала заболевания. Ошибки в диагностике и лечении рака гортани допущены у 44,2% больных, из них диагностические составили 31,2%, лечебные — 13%.

Гортань относится к органам, доступным визуализации, поэтому при проведении профилактических осмотров она может быть исследована без использования специальной аппаратуры. В настоящее время у 60—70% больных злокачественные опухоли этой локализации диагностируют в III—IV стадии. Одна из причин позднего выявления заболевания — его бессимптомное течение, которое отмечается у 30—35% больных. Своевременная диагностика заболевания у этой группы больных возможна только путем активного выявления в группах повышенного риска.

К факторам, определяющим высокий риск развития заболевания, следует отнести курение, воздействие профессиональных вредностей (пыль, химические и радиоактивные вещества), возраст более 40 лет, генетическое предрасположение и др. [Чиж Г. И., 1979; Баймаконова С. Ш. 1984]. Таким образом, в систему активного выявления осмотр ЛОР-органов должен быть включен.

10.3.1. Ошибки в диагностике

Ошибки в организации процесса диагностики связаны с несоответствием поставленных перед врачом задач его возможностям. В большинстве поликлиник осмотр ЛОР-органов может быть проведен врачами-отоларингологами с помощью простейших инструментов. В этих условиях не может быть выполнено даже квалифицированное рентгенологическое исследование, отсутствуют возможности проведения фиброскопии, ультразвукового, цитологического и гистологического исследований, так как врачи не владеют методикой биопсии и не имеют соответствующих инструментов. Следовательно, врач поликлиники не имеет возможностей для установления диагноза злокачественной опухоли, особенно в ранних стадиях.

Организационным принципом раннего выявления злокачественных опухолей в условиях поликлиники должен быть следующий: заподозрив опухоль в самых ранних стадиях, врач должен направить больного в специализированный диагностический центр при онкологическом диспансере или областной больнице, в котором имеются все условия для установления диагноза. Длительное наблюдение при подозрении на опухоль является ошибкой.

При оказании специализированной помощи врачи, не зная структуру онкологической службы, часто допускают ошибку — направляют больных со злокачественными опухолями в лечебные учреждения общей лечебной сети, не имеющие достаточного опыта в диагностике рака гортани и лечении таких больных. Это приводит к установлению ошибочного диагноза и проведению неадекватного лечения, необходимости выполнения повторных оперативных вмешательств и ухудшению прогноза заболевания.

Отсутствует преемственность в обследовании больных. Известно, что 30—35% больных раком гортани и гортаноглотки сначала обращаются к терапевту с жалобами на боли в горле. В связи с этим им проводят длительное, до 2 мес, неадекватное лечение, включая физиотерапевтические процедуры, без осмотра оториноларинголога: 63% больных были направлены на консультацию к отоларингологу в сроки до 2 нед, 20% — от 2 нед до 1 мес, 11% — от 1 до 2 мес, 6% — более 2 мес. Таким образом, 17% больным терапевты поликлиник ошибочно длительное время (от 1 до 4 мес) проводили неадекватное лечение, и они не были своевременно направлены для обследования гортани [Ольшанский В. О., 1977]. Отсутствие преемственности в наблюдении и обследовании больных вызывает необоснованное дублирование диагностических исследований и увеличивает его продолжительность. Этой ошибки можно избежать, если при направлении больного на консультацию в специализированное учреждение обязательно представлять всю полученную на предшествующем этапе диагностическую информацию.

Ряд организационных проблем возникает при диспансерном наблюдении за онкологическими больными после лечения. Больные со злокачественными опухолями ЛОР-органов и полости рта в течение многих лет находятся под наблюдением в онкологических учреждениях. С каждым годом их число увеличивается за счет излеченных больных. Это приводит к перегрузке врачей на приеме в поликлинике диспансеров.

При повышении уровня знаний врачей общей лечебной сети по онкологии им можно было бы передать для наблюдения больных, леченных 5 лет назад и более. В связи с этим возникает вопрос о повышении онкологической квалификации врачей общей лечебной сети с применением мер обучения и контроля.

Обучение этих врачей осуществляют путем чтения цикла лекций по онкологии ЛОР-органов, проведения занятий в вечер-

них университетах повышения онкологических знаний, на очно-заочных курсах, циклах усовершенствования по онкологии при кафедрах онкологии и оториноларингологии институтов усовершенствования врачей, на рабочих местах в поликлинических отделениях онкологических институтов и диспансеров.

Отсутствие утвержденной программы усовершенствования по онкологии в областных отделах здравоохранения является серьезной организационной ошибкой. Ответственность за это должны нести главный отоларинголог и стоматолог области. Мерами контроля являются: 1) сдача зачетов по соответствующим разделам при прохождении специализации; 2) систематический разбор в онкологических комиссиях при облздравотделе всех случаев запущенности заболевания по вине врачей в их присутствии, а также главных врачей и их заместителей по лечебной работе. В настоящее время это требование не выполняется, что препятствует повышению ответственности врачей за допущенные ошибки. Онкологическая подготовка должна учитываться при аттестации врачей общей лечебной сети на категорию, однако в настоящее время это условие не соблюдается.

Характеризуя ошибки, допущенные врачами поликлиник общей лечебной сети, следует отметить, что в 29,6% наблюдений от момента обращения больных до установления диагноза рака гортани прошло около 1 мес, в 20,4% — от 1 до 2 мес, в 13,6% — от 2 до 3 мес, в 15,6% — от 3 до 4 мес, в 20,8% — более 4 мес. Наиболее типичные диагностические ошибки, выявленные при анализе данных о 862 больных раком гортани и сгруппированные по этапам обследования, представлены в табл. 10.1.

Таблица 10.1

Диагностические ошибки на разных этапах обследования больных раком гортани

Районная поликлиника		Специализированное учреждение[1]
терапевтический кабинет	ЛОР-кабинет	
1. Ошибки в оценке анамнеза и жалоб больных 2. Неполное обследование	1. Ошибки в оценке анамнеза и жалоб 2. Неполное обследование 3. Ошибки при пальпации 4. Ошибки при ларингоскопии 5. Ошибки в оценке результатов противовоспалительной терапии 6. Тактические ошибки в диагностике	1. Ошибки при ларингоскопии 2. Ошибки в методике и оценке результатов дополнительных исследований 3. Ошибки в выполнении биопсии и трактовке гистологической картины

[1] К специализированным учреждениям относят отделение опухолей головы и шеи онкологического диспансера, а в его отсутствие ЛОР-отделение городских и областных больниц, в которых систематически лечат больных с онкологическими заболеваниями ЛОР-органов, ЛОР-клиники онкологических, медицинских институтов и институтов усовершенствования врачей.

Как показал анализ наших наблюдений, больше всего ошибок в диагностике допущено на поликлиническом этапе обследования. Причинами этих ошибок послужили отсутствие онкологической настороженности, неправильная оценка анамнестических данных и жалоб больного, недостаточное знание особенностей клинического течения рака гортани.

Известно, что не существует жалоб, специфических для этого заболевания, однако для него характерно неуклонное нарастание симптомов. Так, при поражении преддверия гортани вначале появляется ощущение инородного тела, затем возникает покалывание, переходящее в болезненные ощущения. В дальнейшем возникают боли в ухе. Нередко развитие опухоли сопровождается перифокальными воспалительными изменениями. Противовоспалительное лечение, проводимое в таких случаях, приводит к кратковременному улучшению состояния больных, и на этом основании делают ошибочное заключение об отсутствии раковой опухоли. В качестве иллюстрации ошибочной оценки результатов противовоспалительной терапии приводим краткую выписку из истории болезни.

Больной Р., 40 лет, считает себя больным с сентября 1985 г., когда после простудного заболевания появились боли при глотании, по поводу чего обратился к оториноларингологу поликлиники. Проведено лечение инъекциями пенициллина и полосканиями горла. Боли значительно уменьшились, однако не исчезли, а через 2 нед вновь усилились. Назначены ингаляции антибиотиков и полоскания; состояние больного несколько улучшилось. В середине октября появилась охриплость. Периодически проводили курсы ингаляций и полосканий. В начале ноября обнаружен увеличенный плотный лимфатический узел на шее. Только после этого заподозрена злокачественная опухоль и больной направлен на консультацию в городскую больницу, откуда с диагнозом рака гортани больной был сразу переведен в МНИОИ им. П. А. Герцена.

При осмотре 13.11.85 г. в верхней трети сосудисто-нервного пучка справа определяется плотный подвижный метастатический узел размером 2×3 см. При ларингоскопии выявлена бугристая эндофитная опухоль с изъязвлением, расположенная в области фиксированного отдела надгортанника и правой вестибулярной складки. При рентгеновском исследовании установлено расширение тени преднадгортанникового пространства. Гистологическое заключение: плоскоклеточный ороговевающий рак.

Таким образом, больному в течение 2 мес проводили противовоспалительное лечение с кратковременным эффектом. Не обратили внимания на то, что боли не исчезли, вскоре после прекращения лечения вновь усилились, болезнь неуклонно прогрессировала. Не была правильно оценена ларингоскопическая картина.

Для того чтобы избежать подобных ошибок, В. Т. Пальчун (1975) и J. Schönhare (1971) рекомендуют считать подозрительными на наличие злокачественных опухолей лиц, у которых противовоспалительное лечение, проведенное в течение 2—3 нед, не дало эффекта, и направлять этих больных в стационар для углубленного обследования с целью подтверждения или исключения этого диагноза.

Нередко диагностические ошибки возникают при дифференциальной диагностике хронического ларингита, предопухолевых состояний и рака, поскольку не принимаются во внимание особенности клинического течения этих заболеваний. Для хронического ларингита характерно волнообразное течение, для доброкачественных опухолей — медленное развитие клинической симптоматики, для злокачественной опухоли — быстрое нарастание и выраженность симптомов, появление новых признаков заболевания. Неуклонное прогрессирование заболевания и неэффективность проводимых лечебных мероприятий должны насторожить в отношении рака.

Следует обратить внимание на то, что в ряде случаев врачи пренебрегают таким ценным методом, как пальпация, вследствие чего метастазы в области шеи остаются нераспознанными, а больного продолжают лечить от «хронического ларингита». В этом случае основное заболевание остается нераспознанным.

При пальпации зон регионарного метастазирования следует признать недостаточным указание на наличие увеличенных узлов. Термин «увеличенные лимфатические узлы» нередко применяют для характеристики узлов разной величины. Необходимо иметь в виду, что в области бифуркации сонной артерии и в подчелюстной области лимфатические узлы, сохраняя мягкую консистенцию, могут в норме достигать 1—1,5 см. Это имеет практическое значение, потому что нередко при описании статуса перед началом лучевой терапии можно встретить упоминание об увеличенных лимфатических узлах. После проведения курса лучевой терапии они перестают пальпироваться и не остается никаких данных о наличии метастазов в прошлом у этой категории больных. Все это затрудняет решение вопроса об операции на лимфатической системе шеи, которую целесообразно произвести при наличии метастазов до начала лечения.

Таким образом, при подозрении на регионарные метастазы злокачественных опухолей ЛОР-органов и полости рта необходимо провести цитологическое исследование материала, полученного с помощью пункции, которое с высокой степенью достоверности позволяет подтвердить этот диагноз. При обнаружении регионарных метастазов на шее должны быть тщательно осмотрены ЛОР-органы и полость рта. Уже при обычном осмотре гортанным зеркалом удается выявить бессимптомно протекающую раковую опухоль. Это позволяет установить первичный очаг и правильно выбрать план лечения.

Сложную диагностическую задачу приходится решать при метастазах рака на шее в тех случаях, когда выявить первичный очаг при обычном осмотре не удается. По данным С. П. Федотенко (1979), имеет значение локализация метастазов на шее. Их расположение в верхних $^2/_3$ шеи является одним из аргументов в пользу первичного поражения ЛОР-органов, в случае выявления метастазов в надключичной области первичный очаг в 60% случаев локализуется в органах, располагающихся

ниже ключицы, и в 23% — в щитовидной железе. Целенаправленное обследование больных с использованием клинического, рентгенологического и морфологического методов позволяет выявить первичную опухоль при жизни у 62% больных.

При локализации метастатического поражения в верхней и средней трети шеи принципиально важно использовать для выявления первичной опухоли панфиброэндоскопию верхних дыхательных путей и глотки. Применение фиброскопического метода в комплексном обследовании этой группы больных способствовало повышению частоты выявления первичной опухоли до 81,5%; у 57,3% больных первичная опухоль обнаружена только при фиброскопическом исследовании верхних дыхательных путей и не определялась при осмотре гортанным зеркалом [Белоусова Н. В. и др., 1983]. В ряде случаев предположительно можно определить локализацию первичного очага по цитологической картине метастазов. Так, по данным С. П. Федотенко (1979), у 42% больных по цитограммам определили морфологический тип опухоли (плоскоклеточный, железистый). Это прежде всего относится к локализации первичной опухоли в щитовидной железе.

Для того чтобы выбрать оптимальный вариант лечения, необходимо установить степень распространенности опухоли, используя современные методы диагностики. Недоучет этого фактора приводит к выполнению нерадикальной операции и применению неадекватных по размеру полей облучения в ходе проведения лучевой терапии. Подобные ошибки возникают в тех случаях, когда не используют комплекс всех современных диагностических средств. В первую очередь это относится к оценке распространения опухоли в гортанном желудочке, передней комиссуре, подскладочном отделе, преднадгортанниковом пространстве, дне грушевидного синуса, устье пищевода. Избежать этих ошибок можно, осуществив фиброскопию [Максимов И. А. и др., 1979; Белоусова Н. В. и др., 1983], а в том случае, если провести ее невозможно, выполняют рентгеновское исследование с применением различных контрастных средств (тантал, ниобий и др.) [Тихонов К. Б., 1975; Ольшанский В. О., 1977].

С высокой степенью достоверности можно определить границы распространения опухоли с помощью микроларингоскопии. В этом случае представляется возможность выявить не только опухоль, но и окружающие ее зоны предопухолевых изменений [Преображенский Ю. Б. и др., 1980; Кожанов Л. Г., 1983; Kleinsasser O., 1978; Strauss M., 1988]. В последние годы для определения инфильтративного компонента опухоли используют компьютерную томографию [Габуния Р. И. и др., 1983].

Большое значение имеет выявление поражения всех зон регионарного метастазирования. На этом этапе ошибки возникают в первую очередь вследствие того, что не пальпируют все зоны возможного метастазирования (глубокую яремную, надключичную, бокового треугольника шеи и др.). Ряд особенно-

стей отмечается при пальпации больших метастатических узлов. Нередко ошибки допускают при оценке подвижности конгломерата метастазов. Последние, будучи спаяны с сосудисто-нервным пучком и окружающими их мышцами и органами, неподвижны по отношению к этим образованиям. Они еще длительное время сохраняют подвижность в блоке органов и тканей, пораженных опухолью, в периферических отделах по отношению к поперечным отросткам позвонков, в результате чего создается иллюзия операбельности.

При описании крупных метастатических узлов часто не обращают внимание на наличие размягчения. Этот признак имеет значение при проведении лучевой терапии. Если ее начать в стандартных дозах, то это может привести к быстрому распаду метастаза, прорыву его капсулы и инфильтрации окружающих тканей.

Систематическая пальпация всех зон возможного регионарного метастазирования, рентгеновское исследование средостения, легких и других органов при наличии соответствующих показаний позволяют избежать подобных ошибок.

Характеризуя возможные ошибки при использовании различных диагностических методов, следует отметить, что они часто возникают при проведении непрямой ларингоскопии. Причиной таких ошибок служит пренебрежение правилом, согласно которому при этом исследовании должны быть осмотрены все отделы гортани. При наличии у больных высокого глоточного рефлекса не всегда удается рассмотреть область фиксированного отдела надгортанника, переднюю комиссуру и другие отделы, что приводит к ошибочному заключению об отсутствии опухоли. Эту ошибку можно предотвратить, если проводить исследование натощак под местной анестезией 2% раствором дикаина.

При осмотре гортанным зеркалом плохо видны гортанные желудочки, подскладочный отдел, а при нависании надгортанника — передние отделы гортани. В таких случаях в дополнение к ларингоскопии проводят фиброскопию, которая позволяет осмотреть все зоны гортани и прицельно взять кусочек ткани из патологического очага для гистологического исследования, а также рентгенологическое исследование (боковые рентгенограмма и томограмма).

Как показали наши наблюдения, одной из основных причин позднего распознавания рака гортани является ошибочная диагностическая тактика. Она заключается в том, что врач длительное время наблюдает за больным, проводя неадекватное лечение (противовоспалительное, физиотерапия), и выжидает, пока опухоль станет распространенной и ее признаки будут настолько типичны, что диагноз перестанет вызывать сомнение. Это подтверждают следующие данные: отоларингологи поликлиник наблюдали за 20,4% больных раком гортани от 1 до 2 мес и за 50% — от 2 до 8 мес. Для иллюстрации неоправданно длительного наблюдения и неадекватного лечения у оториноларинголо-

га поликлиники больных раком гортани приводим краткую выписку из истории болезни.

Больной П., 67 лет, болен с апреля 1982 г., когда появились несильные боли в горле. В августе 1982 г. боли усилились. Больной обратился к отоларингологу поликлиники, который рекомендовал противовоспалительное лечение по поводу «ангины». После кратковременного уменьшения интенсивности болей вновь было отмечено их усиление. В декабре 1982 г. боли стали иррадиировать в левое ухо, а в январе 1983 г. появился плотный узел на шее слева. Возникло подозрение на рак гортани, и больной был направлен в институт.

При осмотре 15.01.83 г. выявлена эндофитная опухоль гортанной поверхности надгортанника, прорастающая в преднадгортанниковое пространство и левую валлекулу. Слева в области бифуркации сонной артерии обнаружен метастатический узел до 2 см в диаметре. При гистологическом исследовании кусочка опухоли гортани выявлен плоскоклеточный ороговевающий рак.

Таким образом, в данном наблюдении больной в течение длительного времени (5 мес) находился под наблюдением оториноларинголога. К моменту установления диагноза рака опухоль распространилась за пределы гортани в преднадгортанниковое пространство и гортаноглотку и метастазировала в регионарные лимфатические узлы. В данном случае оториноларинголог поликлиники допустил ряд ошибок: 1) не была осмотрена гортань; 2) сроки наблюдения во много раз превысили необходимые (2—3 нед), при этом не велись активные поиски причины заболевания.

Для того чтобы избежать подобных ошибок, необходимо провести детальный осмотр ЛОР-органов с целью выяснения причины болезненных ощущений. При нарастании выраженности симптомов заболевания и неэффективности проводимого лечения через 2—3 нед больного нужно направить в специализированное учреждение.

Одной из причин ошибок в диагностике рака гортани, особенно развившегося на фоне хронического ларингита и предопухолевых состояний, является позднее проведение морфологического исследования для верификации патологического процесса. Подобная ошибка допущена при обследовании 10% больных, леченных в МНИОИ им. П. А. Герцена. Ошибки, связанные с проведением гистологического и цитологического исследований материала, полученного с помощью биопсии опухоли гортани, отмечены у 7% больных.

При анализе данных о 500 больных было отмечено, что у 205 из них гистологическое исследование было проведено до поступления в институт, а у 295 — в поликлиническом отделении института. При этом было установлено, что в препаратах 46 (22,4%) из 205 больных, у которых биопсия была произведена в поликлинике по месту жительства, элементов злокачественной опухоли не обнаружено, так как кусочек ткани для гистологического исследования был удален неудачно. При обследо-

вании в институте у этих 46 больных при повторной биопсии диагноз рака был подтвержден.

Обращает на себя внимание высокий процент неудач при осуществлении биопсии по месту жительства. Как показал анализ, гистологическое исследование выполняют правильно в тех лечебных учреждениях, в которых систематически проводят обследование и лечение больных онкологическими заболеваниями ЛОР-органов. Большим преимуществом выполнения биопсии в этих лечебных учреждениях является то, что в случае обнаружения рака лечение больного может быть начато в максимально короткий срок.

Ошибки при гистологическом исследовании прежде всего связаны с нарушениями методики выполнения биопсии. При неправильном выборе участка для биопсии (зона распада в центре опухоли, область предраковых изменений вне опухоли) при гистологическом исследовании создается ошибочное впечатление об отсутствии опухоли. Ошибки могут также возникнуть при неточном подведении к опухоли гортанных щипцов. Обычно это связано с недостаточной анестезией. В этих случаях кашлевой и рвотный рефлексы, беспокойное поведение больного мешают подвести гортанные щипцы к нужному участку и осуществить визуальный контроль за манипуляциями в гортани. Ошибки могут быть обусловлены неправильной трактовкой гистологических картин в трудных случаях.

Нередкой ошибкой, ведущей к запущенности заболевания (у 12 больных), является стремление получить морфологическое подтверждение клинической картины рака с помощью многократных биопсий (до 5). В таких наблюдениях необходимо провести заключительный этап диагностики — ларингофиссуру с расширенной биопсией и срочным гистологическим исследованием. Наш опыт выполнения 89 тиреотомий, во время которых удаляли кусочки тканей на участках, подозрительных на раковую опухоль, для гистологического исследования, на заключительном этапе диагностики свидетельствует о том, что ни разу не были допущены ошибки. Показанием к тиреотомии является подозрение на рак, основанное на клинических симптомах, при отрицательных результатах повторной биопсии (двух-, трехкратной).

В последние годы ряд авторов обращают внимание на увеличение частоты первично-множественных опухолей гортани и легкого [Трахтенберг А. Х., 1985]. Ошибки в этом случае могут быть связаны с нераспознанным вторым очагом заболевания.

Первично-множественный рак гортани (синхронный и метахронный) может сочетаться с опухолями других органов. Следует отметить, что легкие являются наиболее частой локализацией отдаленных метастазов рака гортани. Первичное исследование этого органа позволяет избежать диагностических ошибок.

Неправильное лечение может быть назначено в связи с установлением ошибочного диагноза. Это прежде всего касается ложновоспалительных процессов, излюбленным методом лечения которых являются физиотерапевтические процедуры.

Аналогичная ситуация возникает при лечении раковой опухоли, симулирующей папилломатоз. Причиной этих ошибок является пренебрежение основным принципом диагностики злокачественной опухоли, согласно которому диагноз рака должен быть подтвержден результатами морфологического исследования. В этих случаях могут возникнуть ошибки двух типов: морфологическое исследование не выполняют при подозрении на рак или при выраженной клинической картине рака. По нашим данным, в РСФСР в 1986 г. диагноз рака гортани был морфологически подтвержден только у 91% больных, а в ряде областей этот показатель снижался до 70%. Соблюдение принципа обязательного морфологического подтверждения рака позволяет избежать указанных ошибок.

10.3.2. Лечебные ошибки

При лечении рака гортани ошибки нередко возникают уже на этапе составления плана. При этом не всегда учитывают возраст, общее состояние больного, наличие или отсутствие сопутствующих заболеваний, распространенность первичного очага, наличие регионарных метастазов, особенности гистологической структуры и форму роста опухоли, локализацию поражения, наличие или отсутствие воспалительных изменений в гортани.

Продолжает дискутироваться вопрос о тактике лечения рака гортани I—II стадии. В онкологических учреждениях, в которых имеются условия для проведения лучевой терапии, в этих случаях предпринимают попытку добиться излечения больного без операции, сохранив все функции гортани. С помощью этого метода можно достигнуть 5-летнего излечения 70—85% больных раком I—II стадии. В случае радиорезистентности опухоли, выявленной после использования половинной дозы, выполняют резекцию гортани.

Иной тактики придерживаются отоларингологи: они начинают лечение больных раком гортани I—II стадии с выполнения оперативного вмешательства [Бухман Л. А., 1982; Погосов В. С., 1982; Шантуров А. Г. и др., 1983; Фейгин Г. А., 1986]. Производя резекцию гортани, можно получить хорошие результаты (5-летняя выживаемость при I—II стадии 75—85%), однако в этом случае теряется возможность излечить больных без операции.

В функциональном отношении лучевая терапия имеет несомненные преимущества перед щадящими операциями. Ошибки при проведении лучевой терапии возникают в тех случаях, когда необоснованно расширяются показания к использованию этого метода при III стадии (у 18,5% больных). В настоящее

время в РСФСР лучевую терапию применяют в качестве самостоятельного метода при лечении 56,7% больных раком гортани, хотя у 80% из них диагностируют III—IV стадию заболевания. У большинства из них удается добиться лишь временной стабилизации процесса, после чего в течение первого года рост опухоли возобновляется. В этих случаях врачи ссылаются на отказ больного от операции. Подобная тактика глубоко ошибочна. Основной метод лечения рака III стадии — комбинированный, он не исключает резекции гортани по строгим показаниям. Попытка оправдать отказ от применения этого метода тем, что больной не соглашается на операцию, несостоятельна. Опыт ведущих институтов страны показывает, что при правильной ориентации больного на невозможность излечения его без операции, разъяснении временного характера улучшения, достигнутого лучевой терапией, и угрозы для жизни больного, связанной с отказом от хирургического лечения, практически всегда удается выполнить намеченный план комбинированного лечения.

При лучевом лечении рака гортани встречаются ошибки принципиального и методического характера, следствием которых могут явиться как недостаточный онкологический радикализм, так и лучевые осложнения и повреждения нормальных тканей. При определении показаний к лучевой терапии в первую очередь следует оценить локализацию и распространенность опухолевого процесса, возможные параканкрозные осложнения местного и общего характера, а также состояние основных жизненно важных функций организма.

Особое внимание при назначении лучевой терапии следует уделить состоянию хрящей гортани. При их вовлечении в опухолевый процесс развивается специфический хондро-перихондрит, который служит почти абсолютным противопоказанием к лучевой терапии. В этих случаях ее назначение является ошибкой и лечение следует начинать с ларингэктомии.

При угрозе стеноза гортани лечение также правильнее начинать с операции. Проведение необоснованной лучевой терапии может привести к развитию стеноза и асфиксии. Выраженную резорбцию опухоли можно рассматривать как показание к продолжению лучевой терапии по радикальной программе. Если относительный объем остаточной опухоли составляет 50%, то необходимо произвести операцию.

Радикальное лучевое лечение предполагает дифференцированное по дозам и объемам облучение опухоли и зон возможного субклинического распространения процесса. Неправильное определение объема мишени — достаточно типичная ошибка, которую допускают при планировании лучевой терапии. На первом этапе у всех больных одновременно с первичной опухолью целесообразно подвергать облучению лимфатические узлы и клетчатку шеи с обеих сторон с элективными целями до суммарных поглощенных доз не менее 40 Гр (в отсутствие ре-

гионарных метастазов). Исключение можно сделать для рака истинных голосовых складок I—II стадии, который метастазирует крайне редко. На втором этапе лечения объем облучения уменьшают и к зоне опухоли подводят дозу, эквивалентную 65—75 Гр. При этом одновременно реальны альтернативные опасности: при недостаточном уровне суммарных поглощенных доз может развиться рецидив, превышение этого уровня, особенно в случае большого объема облучения, может послужить причиной возникновения осложнений в виде неспецифического перихондрита и даже некроза хрящей гортани. Так, по данным J. G. Stawert и A. W. Jackson (1975), при лучевом лечении рака гортани III стадии (T3N0M0) в случае увеличения суммарных доз от 40 до 75 Гр частота неудач уменьшается с 70 до 31%, но увеличивается до 10% количество осложнений. Таким образом, при I—II стадии достаточно подвести дозу 65—70 Гр, повышение ее до 75 Гр допускается только при III стадии поражения.

Еще одна возможная ошибка — неправильное пространственное распределение энергии. Основным критическим органом при лучевом лечении рака гортани является наиболее ранимый шейный отдел спинного мозга, толерантность которого находится в пределах 15—20 Гр. При подведении бóльших доз велика опасность развития лучевого миелита. Необходимость в облучении задних отделов шеи возникает обычно при обширном регионарном метастазировании. Использование в этих случаях боковых противолежащих полей недопустимо, так как это приведет к переоблучению спинного мозга. Вследствие этого в подобных клинических ситуациях применяют косые поля (спереди назад под углом 110—115°).

Ошибки в планировании лечения рака гортани, связанные с выполнением оперативного вмешательства при ограниченном поражении (I—II стадия), могут быть обусловлены сложившимся у некоторых хирургов мнением о невозможности выполнения резекций гортани после лучевой терапии. Наш опыт выполнения более 300 операций показывает, что лучевая терапия в дозе до 40 Гр существенно не влияет на заживление, поэтому резекции гортани могут быть выполнены после применения этой дозы; даже после подведения очаговой дозы 60—70 Гр можно произвести фронтолатеральную резекцию гортани, тогда как показания к горизонтальной резекции должны быть ограничены из-за опасности возникновения хондроперихондрита.

Ряд ошибок возникает при выполнении намеченного плана лечения. Так, при III стадии рака гортани проводят комбинированное лечение, включающее операцию и предоперационную лучевую терапию в дозе 40 Гр. Целесообразность проведения предоперационной лучевой терапии связана с подавлением биологической активности опухоли и воздействием на пролиферирующие клеточные популяции, в результате чего создаются условия для абластического выполнения радикальной операции.

Ошибки, возникающие при комбинированном лечении, связаны с:

1) проведением лучевой терапии по радикальной программе в суммарной очаговой дозе 70—80 Гр вместо предоперационной дозы 40 Гр. Такие большие дозы вызывают тяжелые лучевые повреждения тканей и хондроперихондрит, что при выполнении радикальной операции может привести к тяжелым послеоперационным осложнениям (глубокий некроз, аррозивное кровотечение, образование фарингостом);

2) неоправданным удлинением интервала между окончанием лучевой терапии и операцией. Оптимальный срок выполнения операции — через 2 нед после предоперационной лучевой терапии (период до возобновления роста опухоли). Однако нередко можно наблюдать, что больным раком гортани III стадии проводят лучевую терапию в очаговой дозе 70—80 Гр, затем за больными с остаточной опухолью ведут длительное наблюдение, а хирургическое вмешательство выполняют только через 3—6 мес и позже, в период активного роста опухоли. В этом случае нет оснований считать лечение комбинированным: речь идет о вынужденном оперативном вмешательстве по поводу остаточной опухоли, после выполнения которого существует опасность развития тяжелых осложнений, а также отмечается плохой прогноз.

Следует подчеркнуть, что при современном уровне развития хирургии гортани объем операции при раке III стадии зависит от локализации и распространенности опухоли; он может быть различным: стандартная, комбинированная, субтотальная резекция, ларингэктомия. Опыт ряда клиник, в том числе МНИОИ им. П. А. Герцена, показал, что примерно у 50% больных раком гортани III стадии удается выполнить функционально-щадящие операции. Онкологические результаты таких операций, выполненных по строгим показаниям, не хуже, чем после полного удаления гортани, а функциональные результаты несравнимо лучше. Сохранение функций гортани обеспечивает более полноценную трудовую и социальную реабилитацию больного. Мнение об обязательном выполнении при III стадии стандартной ларингэктомии следует считать ошибочным. Объем и этих операций необходимо выбирать строго индивидуально.

В клинической практике ошибки возникают в связи с тем, что не учитывают локорегионарное распространение злокачественных опухолей гортани и необходимость воздействия на зоны регионарного метастазирования при излечении первичного очага.

В последние годы показана необходимость профилактического воздействия на зоны регионарного метастазирования при раке надскладочного отдела гортани и гортаноглотки [Погосов В. С. и др., 1980; Пачес А. И., 1983; Огольцова Е. С., 1984; Акопян Г. Г., 1984; Гамбург Ю. Л. и др., 1984; Ольшанский В. О. и др., 1985; Гобронидзе И. А., 1986; Pignatoro O., 1982; Vi-

dal A. et al., 1983]. Наиболее эффективным средством предотвращения регионарных метастазов является превентивное иссечение лимфатических узлов и клетчатки шеи. В то же время Е. Г. Матякин (1978) не выявил статистически значимого различия в 5-летней выживаемости больных раком надскладочного отдела гортани III—IV стадии, которым с целью предотвращения регионарного метастазирования проводили хирургическое и лучевое лечение, и больных контрольной группы, не получавших такого профилактического лечения.

Результаты проведенного нами рандомизированного исследования показали, что превентивное удаление лимфатических узлов и клетчатки шеи следует считать необходимым лечебным пособием при распространенном раке надскладочного отдела гортани (Т4) в случае поражения гортаноклотки, поэтому эти операции нужно проводить по строгим показаниям.

Ошибки могут быть связаны с неправильной оценкой ряда факторов, которые могут повлиять на непосредственные результаты лечения (заживление, возникновение послеоперационных осложнений). Такими факторами являются:

1) недоучет массивных доз (70—80 Гр) лучевой терапии, применение которых после ларингэктомии может привести к нагноению и некрозу тканей, аррозивному кровотечению;

2) наличие выраженного послелучевого хондроперихондрита и явлений сопутствующего воспаления тканей;

3) недооценка ослабленного состояния больных.

В этих случаях неоправданно глухое закрытие дефекта глотки при ларингэктомии. Мы заканчиваем операцию оформлением плановой фарингостомы, что уменьшает опасность развития тяжелых послеоперационных осложнений. В таких случаях нецелесообразно выполнять одномоментно операцию на первичном очаге и превентивную операцию на зонах регионарного метастазирования. При обнаружении регионарных метастазов вопрос о проведении одномоментной или последовательной операции решают индивидуально. Операцию на первичном очаге и лимфатических путях шеи выполняют в два этапа при наличии неблагоприятных факторов, делающих одномоментное оперативное вмешательство опасным для жизни.

На этапе планирования расширенных и комбинированных функционально-щадящих операций на гортани и выбора методик хирургической реабилитации голоса после ларингэктомии возникают ошибки, связанные с определением показаний к этим вмешательствам. При этом нередко не принимают в расчет возможные опасные для жизни осложнения, которые могут возникнуть у ослабленных больных преклонного возраста с сопутствующими заболеваниями легких и сердечно-сосудистой системы. У таких больных не проводят оценку функциональных резервов легких и сердца. Пренебрежение функциональным предоперационным обследованием приводит к тому, что на операцию берут больных с низким легочным резервом. Не всегда

учитывается тот факт, что после функционально-щадящих операций и операций трахеоглоточного и пищеводного шунтирования на легкие ложится повышенная нагрузка, связанная с использованием их в качестве воздушного резервуара для образования голоса. Если на фоне этой нагрузки возникает аспирация, то может развиться аспирационная пневмония [Renyeres M., 1980].

Следует подчеркнуть, что ларингэктомия, способствуя разобщению трахеи и пищеварительной трубки, облегчает дренирование трахеобронхиального дерева, исключает аспирацию. В связи с этим ее следует считать операцией выбора у лиц преклонного возраста (старше 65 лет), у которых имеется легочная патология и установлен низкий легочный резерв. Наш опыт выполнения более 50 ларингэктомий у лиц старше 65 лет показал, что она, как правило, хорошо переносится больными и приводит к выздоровлению. Попытка осуществления у этой категории больных функционально-щадящих операций, особенно связанных с нарушением защитной функции, неоправданна вследствие высокой частоты послеоперационных пневмоний.

После ларингэктомии большинство больных можно обучать звучной речи. В настоящее время разработаны эффективные методики ее восстановления. Освоение звучной речи облегчает социальную адаптацию больных, способствует возвращению к трудовой деятельности до 85% больных [Таптапова С. П., 1985]. Оперирующие хирурги, к сожалению, не уделяют достаточного внимания восстановлению «пищеводного» голоса у больных после ларингэктомии. Нередко это связано с тем, что они мало знают о возможностях логовосстановительной терапии в формировании звучного пищеводного голоса и не имеют представления об анатомо-физиологических предпосылках к формированию псевдоголоса. Врачи не проводят беседы с больными и не объясняют им, что возможно формирование пищеводного голоса, что приводит к тяжелым нервно-психическим нарушениям и отказу от операции; не используют наиболее надежный способ агитации — показ ларингэктомированных больных, хорошо владеющих звучной речью; не направляют больных после операции к логопеду для восстановления звучной речи.

В то же время следует подчеркнуть, что, решая вопрос о том, соглашаться или нет на ларингэктомию, больной в первую очередь хочет знать, будет ли он после операции активен и деятелен соответственно своему возрасту или же проведет оставшуюся жизнь пассивно. При своевременном проведении психотерапевтической подготовки к операции можно почти с полной уверенностью говорить о том, что после ларингэктомии больной сможет вернуться к обычной жизни и продолжать трудовую деятельность [Kitzig P., Torenaln N., 1974].

При проведении диспансерного наблюдения за больными раком гортани ошибки нередко возникают из-за деформации

гортани и глотки после функционально-щадящих операций, появления очагов грануляционной ткани, сужения просвета органа, возникновения хондроперихондрита после лучевой терапии по радикальной программе [Максимов И. А. и др., 1985; Харченко В. П. и др., 1986]. Указанные послеоперационные изменения в органе затрудняют осмотр всех его отделов, при этом рентгенологическое исследование не дает нужной информации. Проведение только клинического осмотра приводит к ошибочной трактовке состояния органа, к тому, что не обнаруживают проявления продолженного роста или рецидива опухоли. С целью раннего распознавания проявлений опухоли при диспансерном наблюдении целесообразно производить фиброэндоскопию с биопсией подозрительных участков (по показаниям) после лучевой терапии по радикальной программе или оперативного вмешательства. Проведение фиброскопии при диспансерном наблюдении позволяет исключить ошибки в диагностике продолженного роста или рецидива опухоли после функционально-щадящих и реконструктивных операций на гортани и после лучевой терапии по радикальной программе.

При диспансерном наблюдении за больными после лучевой терапии рака гортани и функционально-щадящих операций необходимо проводить контрольное обследование не реже 1 раза в 3 мес, в течение 2—3-го года наблюдения 1 раз в 6 мес, в дальнейшем ежегодно. Такая частота обследований обусловлена тем, что в эти сроки возможно возникновение рецидивов и метастазов.

Нередко рецидив заболевания выявляют с опозданием из-за несвоевременного осмотра больных вследствие неправильной организации онкологической службы.

Часто врач стационара при выписке больных не дает рекомендации относительно режима, характера питания, гигиенических требований по уходу и т. д., не разъясняет важность регулярного обследования у специалистов, для того чтобы можно было своевременно принять необходимые меры при появлении признаков рецидива заболевания. В случае неявки на диспансерный осмотр больных активно не вызывают на обследование. Нарушается принцип преемственности при динамическом наблюдении и лечении больных раком гортани.

Одной из причин такого положения в ряде областей РСФСР является разобщенность при лечении больных раком гортани и других злокачественных опухолей ЛОР-органов в онкологических диспансерах, радиологических отделениях и клиниках, специализированных отделениях городских и областных больниц. Создается такое положение: оперативное вмешательство или лучевую терапию проводят в одном учреждении, а диспансерный учет и динамическое наблюдение — в другом [Битюцкий П. Г. и др., 1987].

Следует отметить, что устранение ошибок в диагностике рака гортани, лечении, диспансерном наблюдении и реабили-

тации больных поможет существенно улучшить результаты лечения этого заболевания.

Ошибки возникают и при оформлении медицинской документации. Наиболее существенными из них являются ошибки, возникающие при описании местного статуса. Так, нередко называют пораженный отдел гортани, но не указывают границы опухоли в пределах этого отдела, не приводят данные о степени подвижности пораженного отдела гортани. Эта информация имеет важное значение при выборе плана лечения, так как характеризует глубину поражения и его границы. Нередко не дают описание фоновых процессов — явлений хондроперихондрита, остаточных лучевых реакций.

Медицинская документация носит описательный характер и не отражает отношение врача к приводимым данным. Так, увеличение лимфатических узлов может быть установлено как при гиперплазии, так и при метастазах. Суждение врача об этом может быть поводом для назначения морфологического исследования или отказа от него. Следует упомянуть также о широко распространенном явлении: из-за неразборчивого почерка лечащего врача понять написанное им невозможно. Текст истории болезни и подпись врача должны быть четкими и разборчивыми.

Считаем необходимым остановиться на некоторых деонтологических ошибках, характерных для лечения рака гортани. Поскольку в результате операции больной нередко лишается органа, выполняющего голосовую и дыхательную функции, он соглашается на операцию только в том случае, если убежден, что его жизнь несовместима с болезнью. Не называя слово рак, врач должен убедить больного в этом. Отказ больного от операции, как правило, является свидетельством неспособности врача сделать это.

Подобная ситуация возникает и в тех случаях, когда комбинированное лечение начинают с лучевой терапии. После ее проведения в предоперационной дозе даже при распространенных стадиях больной чувствует значительное улучшение и у него возникает сомнение в необходимости оперативного вмешательства. Лучевой терапевт, зная кратковременность достигнутого эффекта, должен в течение всего курса лучевой терапии убеждать больного, что проводимое лечение является подготовкой к операции. Взаимопонимание между лучевым терапевтом и хирургом, а также врачами и больными позволяет убедить его в необходимости выполнения намеченного плана лечения. В тех случаях, когда врач планирует функционально-щадящие операции, он должен оговорить с больным возможность ларингэктомии на тот случай, если операционные находки окажутся больше предполагаемых.

Правильные деонтологические отношения между врачом и больным будут способствовать укреплению доверия к врачу и веры больного в возможность излечения.

10.4. ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И ГЛОТКИ

В последние годы достоверно установлен рост заболеваемости злокачественными опухолями слизистой оболочки полости рта и глотки и смертности от них [Напалков Н. П. и др., 1977; Кабанов Б. Д. и др., 1978; Любаев В. Л., 1983; Пачес А. И., Любаев В. Л., 1988].

Клиническая диагностика злокачественных опухолей полости рта и глотки основана на знании проявлений предопухолевых состояний и злокачественных опухолей и, казалось бы, не должна вызывать значительных трудностей, так как они доступны осмотру и пальпации. Однако, несмотря на это, лечение 40—90% больных начинают в запущенных (III—IV) стадиях заболевания и лишь около 20% — в ранних (I—II) [Пачес А. И., Любаев В. Л., 1988]. Между тем 5-летняя выживаемость больных раком слизистой оболочки полости рта I и II стадии при использовании лучевого, хирургического, комбинированного и криогенного методов лечения составляет до 65—85%, а III стадии — только от 11 до 40%. Следовательно, улучшение результатов лечения зависит от раннего распознавания этих опухолей, а также своевременного выявления и лечения предопухолевых заболеваний, которые часто озлокачествляются. Именно на этом этапе развития опухолевого процесса наиболее часты диагностические ошибки.

10.4.1. Ошибки при распознавании рака слизистой оболочки полости рта

При распознавании злокачественных опухолей полости рта и глотки большое, если не решающее, значение имеет активная диагностика, эффективность которой во многом зависит от профилактической работы стоматологов поликлиник, в том числе и при обращении больных по поводу стоматологических заболеваний.

К сожалению, систематические профилактические осмотры полости рта с целью выявления предопухолевых состояний и опухолей полости рта и глотки не проводятся в широком масштабе и с необходимой онкологической настороженностью специально подготовленными врачами-стоматологами, поэтому нередко «просматриваются» очаги предопухолевых состояний и даже опухоли. При выявлении предопухолевых состояний слизистой оболочки полости рта стоматологи поликлиник не проводят все необходимые профилактические санитарно-гигиенические и лечебные мероприятия. Нет четко организованной системы диспансеризации больных с указанными заболеваниями.

Не нашел должного распространения метод микроскопической стоматоскопии при 20-кратном увеличении с окрашивани-

ем патологических очагов красителями, позволяющими уточнить границы и характер поражения слизистой оболочки и произвести прицельную биопсию. Метод очень информативный, и его следует широко применять при профилактических осмотрах [Баймаканова С. Ш. и др., 1983; Соловьев М. М., 1983].

Не проводят, как правило, обязательное и эффективное лечение предопухолевых состояний полости рта. В частности, не используют метод криовоздействия жидким азотом (в интервале низких температур от —178 до —196 °C), хотя он позволяет добиваться излечения от предопухолевых заболеваний в 95—98% случаев, легко переносится больными и не сопровождается сколько-нибудь серьезными осложнениями [Пачес А. И., Любаев В. Л., 1988]. Применение криовоздействия при предопухолевых состояниях способствует снижению заболеваемости раком слизистой оболочки полости рта и является одним из методов профилактики этого заболевания.

Одной из причин запущенности злокачественных опухолей полости рта и глотки является позднее направление больных с подозрением на опухоль стоматологами поликлиник в специализированное онкологическое учреждение. В ряде регионов нашей страны, где нет специализированных онкологических отделений, занимающихся лечением больных раком указанной локализации, отсутствует преемственность в диагностике и лечении между стоматологами поликлиник и стационаров, фактически не проводят диспансеризации и динамического наблюдения за больными после лечения.

10.4.2. Ошибки при распознавании злокачественных опухолей ротоглотки

Ряд авторов указывают на большие трудности в диагностике злокачественных опухолей миндалин [Мгагоблишвили Г. Н., 1962; Жолобов В. Т. и др., 1976; Halasz G., 1948; Shapiro, 1975]. По данным И. Н. Смирновой (1970, 1972), ошибки при выявлении злокачественных опухолей этой локализации допускают у 62,4% больных. Н. А. Карпов (1970), наоборот, считает, что распознавание злокачественных опухолей миндалин легче, чем опухолей других ЛОР-органов.

Г. А. Борноволокова и В. О. Ольшанский (1973), а также М. М. Михирева (1979) отмечали, что чем раньше больные обращались к врачу, тем дольше их обследовали и неправильно лечили до установления истинного диагноза заболевания. Причиной установления ошибочных диагнозов являлось прежде всего отсутствие патогномоничных клинических симптомов, на основании которых можно было бы своевременно установить характер злокачественного поражения ротоглотки, особенно в ранних стадиях. Кроме того, ошибки объяснялись относительной редкостью опухолей данной локализации, недостаточным знакомством практических врачей с клиникой заболевания и не-

полным использованием диагностических методов, в том числе цитологического.

Анализ диагностических ошибок, допущенных при обследовании 119 наблюдавшихся нами больных со злокачественными опухолями ротоглотки, показал, что наибольшие затруднения возникают при распознавании этого заболевания в ранних стадиях (90,6% ошибок). По отношению к более поздним стадиям заболевания этот процесс составил 77,4. Для того чтобы определить зависимость поздней диагностики злокачественных опухолей миндалин от несвоевременного обращения больных за врачебной помощью и дефектов обследования, мы изучили продолжительность периодов времени от появления первых симптомов заболевания до обращения больных к врачу и от первичного врачебного осмотра до установления диагноза (табл. 10.2).

Проанализировав данные, приведенные в таблице, можно установить определенную закономерность: чем менее продолжительным был период от появления первых признаков заболевания до обращения к врачу, тем больше времени потребовалось для установления диагноза. Так, из 53 больных, обратившихся к врачу через 3—4 нед после появления начальных симптомов заболевания, в течение 1 мес правильный диагноз был установлен только у 5 больных (9,4±4,0%). В сроки от 3 до 9 мес после появления первых признаков болезни обратились 12 человек, из них у 9 (75,0±12,4%) опухоль была выявлена в течение 1 мес.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что у больных, обратившихся к врачу вскоре после появления первых симптомов заболевания, наибольшие трудности возникают при распознавании злокачественной опухоли миндалин в ранних стадиях.

Частое развитие злокачественных опухолей миндалин на фоне хронического тонзиллита (у 47 больных из 119), схожесть проявлений хронического тонзиллита и начальных симптомов развивающейся на этом фоне опухоли затрудняют ее раннее распознавание. В связи с этим необходимо принимать во вни-

Таблица 10.2

Зависимость между продолжительностью периода от начала заболевания до обращения к врачу и временем установления правильного диагноза

Время от появления первых симптомов до обращения к врачу, мес	Всего больных	Число больных, у которых период от обращения к врачу до установления диагноза составил (мес)			
		до 1	1—3	3—6	6—9
До 1	53	5	18	29	1
1—3	54	13	32	9	—
3—9	12	9	2	1	—
Всего . . .	119	27	52	39	1

мание неуклонное прогрессирование заболевания и отсутствие эффекта от проводимых обычно при тонзиллите лечебных мероприятий. Нужно учитывать также характерный для ретикулосаркомы миндалин выраженный экзофитный рост и отсутствие изъязвления, что врачи ошибочно трактуют как банальную гипертрофию миндалин, а ощущение инородного тела при проглатывании, которое испытывает больной,— как признак невроза. Банальная гипертрофия, как правило, бывает двусторонней. Н. А. Карпов (1970) обращает внимание на то, что при ней хорошо видны глубокие «зияющие» лакуны, тогда как при малодифференцированных неизъязвленных опухолях слизистая оболочка миндалин напряжена, натянута, отверстия лакун не видны, консистенция самих миндалин плотноэластическая.

При изъязвлении опухоли миндалины часто устанавливают ошибочный диагноз ангины Венсана—Симоновского, возбудитель которой, свободно вегетирующий в ротоглотке, может высеваться и при опухоли. В таких случаях необычно длительное течение заболевания, выраженная инфильтрация по краям язвы, неэффективность проводимого лечения являются основанием для того, чтобы заподозрить злокачественную опухоль. В качестве иллюстрации того, какие трудности и ошибки встречаются при распознавании злокачественных опухолей миндалин, приводим следующее наблюдение.

Больная З., 41 года. В июле 1985 г. у нее возникли боли при глотании и озноб. Проведено лечение по поводу «ангины». Боли вначале несколько уменьшились, но вскоре возобновились, на правой миндалине появилась язва. Установлен диагноз: ангина Венсана — Симоновского. Лечение новарсенолом оказалось неэффективным. Заподозрена опухоль, и 18.10.85 г. произведена биопсия, после чего больная была направлена в МНИОИ им. П. А. Герцена.

При поступлении больная жаловалась на боли в горле, ощущение инородного тела при глотании, запах изо рта, головную боль. При осмотре в левой небной миндалине определяется обширная язва с обильным некротическим налетом. Плотноватый инфильтрат распространяется на обе небные дужки, левую язычно-глоточную складку, мягкое небо, боковую стенку глотки и полость носоглотки. За углом левой нижней челюсти выявлен ограниченно подвижный плотноватый метастатический узел размером 1,5×1 см. При консультации микропрепарата обнаружен малодифференцированный рак.

В ряде случаев инфильтрация злокачественной опухолью миндалины окружающих тканей, в частности мягкого неба, ошибочно расценивают как «паратонзиллярный абсцесс», который иногда даже пытаются пунктировать и вскрывать, однако гноя не обнаруживают. Отсутствие связи с перенесенной ангиной, сильных болей при глотании, неэффективность противовоспалительного лечения в итоге заставляют заподозрить опухоль.

Злокачественные опухоли миндалин, особенно ретикулосаркома и малодифференцированный рак, часто и рано метастазируют, поэтому увеличение лимфатического узла на шее иногда является первым признаком заболевания, привлекающим вни-

мание больного и врача. Подобные больные были направлены в институт после того, как их некоторое время ошибочно лечили от туберкулезного лимфаденита или у них были установлены диагнозы «лимфогранулематоз», «рак щитовидной железы с метастазами» и др.

Ошибочно проводимое противовоспалительное лечение уменьшает сопутствующий опухоли воспалительный компонент и приносит кратковременное облегчение больному, однако вскоре боли возобновляются и продолжают усиливаться. Применяемые при лечении у большинства больных физиотерапевтические процедуры и тонзиллэктомия стимулируют рост опухоли.

Диагностические ошибки врачей ЛОР-кабинетов поликлиник часто связаны с неоправданно длительным противовоспалительным лечением, не дающим заметного эффекта, и ограниченным применением не только биопсии, но и цитологического исследования. В условиях стационара такие ошибки в диагностической тактике приводят к выполнению неоправданных и опасных операций, способствующих ускорению роста опухоли и ее метастазированию. Так, нередко при ошибочном диагнозе паратонзиллярного абсцесса производят его вскрытие, что, естественно, только усугубляет течение опухолевого процесса.

В трудных случаях распознавания заболевания производят диагностическую тонзиллэктомию. При наличии злокачественной опухоли она неоправданна и опасна, так как травматизация опухоли, вскрытие просвета сосудов ускоряют ее рост и метастазирование. С целью уточнения диагноза при раннем распознавании опухоли и в сложных случаях целесообразно применять дополнительные диагностические методы (соскоб, пункция, отпечатки).

У большинства больных со злокачественными новообразованиями носоглотки истинный диагноз устанавливают с опозданием, когда рассчитывать на эффективность лечения у подавляющего большинства больных не приходится. Причиной этого является значительное количество допущенных врачебных ошибок на всех этапах диагностики. Число больных, которым правильный диагноз был установлен в срок до 3 мес от момента первого обращения к врачу, не превышает 10% [Павлов А. С., Стиоп Л. Д., 1985]. Это связано, в частности, с тем, что к сожалению, до настоящего времени часть отоларингологов не считают обязательным проведение задней риноскопии при обследовании больных даже при наличии жалоб на затруднение носового дыхания, гнусавость, ослабление слуха и т. д. Это исследование не было выполнено ни одному из наблюдавшихся нами больных при первичном обращении их к отоларингологу по месту жительства. Более того, длительное наблюдение за больными, неэффективность лекарственной терапии, неуклонное нарастание симптомов не послужили сигналом для выполнения этого сравнительно несложного исследования.

У 95 (29,6%) больных первым симптомом опухоли носоглот-

ки было появление метастатических узлов. Несмотря на то что у абсолютного большинства больных отмечалась характерная локализация метастатических узлов — в зачелюстной области, ни у одного из них не была своевременно проведена задняя риноскопия.

Отсутствие патогномоничных признаков начальных стадий опухолей носоглотки и позднее обращение больных к врачу не следует считать единственными и основными причинами позднего установления диагноза. А. С. Павлов и Л. Д. Стиоп (1985), проанализировав истории болезней 321 больного со злокачественными опухолями носоглотки, установили, что большинство больных обращаются за медицинской помощью в первые 1—2 мес после появления первых симптомов заболевания, а диагноз устанавливают через несколько месяцев и даже лет. У 1/3 (32,1%) больных период от первого обращения до установления диагноза составил более 1 года.

Еще одна группа ошибок связана с неправильной оценкой природы опухоли, выявленной при задней риноскопии, и тем, что не была проведена морфологическая верификация диагноза. Более редкими являются ошибки, обусловленные переоценкой возможностей гистологического исследования, диагностическая информативность которого, конечно, высока, но не является стопроцентной и имеет пределы. Часть врачебных ошибок связана с объективными трудностями обследования больных вследствие особенностей локализации и роста опухоли, а также со сложностью оценки результатов дополнительных исследований.

И все же основная причина большинства ошибок — плохое знание стоматологами поликлиник особенностей течения различных предопухолевых заболеваний слизистой оболочки полости рта, отсутствие единой системы диспансеризации и лечения таких больных, что и приводит к поздней диагностике рака слизистой полости рта.

Большое число больных с запущенными злокачественными опухолями полости рта объясняется недостаточной онкологической настороженностью врачей-стоматологов и других врачей общей лечебной сети, к которым первоначально обращаются эти больные, часто в связи с появлением ранних признаков данной патологии.

В стоматологической практике еще сравнительно редко применяют цитологический метод, позволяющий в 88% случаев правильно распознать злокачественный процесс и почти в 79% дать заключение о гистологической форме опухоли [Петрова А. С., Кондратьева Т. Т., 1983]. Редко для выполнения целенаправленной биопсии используют стоматоскопию.

Одна из ошибок, характерных для периода обследования больных с подозрением на злокачественную опухоль полости рта, рото- и носоглотки в поликлинике общей лечебной сети,— игнорирование возможностей пальцевого исследования очага поражения. Указанный метод позволяет определить величину

и границы патологической инфильтрации по поверхности и в глубину тканей органа, провести первичную оценку распространения опухоли по органу и на соседние анатомические структуры. Следует отметить, что пальцевое исследование, по нашим наблюдениям, позволило выявить опухоль носоглотки (в различных ее частях: задней стенке, своде, хоанах, в зоне устья слуховых труб), не обнаруженную при задней риноскопии и рентгенологическом исследовании, у 5% обследованных больных.

10.4.3. Ошибки в лечении

Лечение больных со злокачественными опухолями слизистой оболочки полости рта и ротоглотки — сложная задача. В зависимости от стадии опухолевого процесса применяют различные методы лечения. При I—II стадии широко используют лучевой метод, позволяющий добиться 5-летнего излечения 38—85% [Зыков А. П., 1975; Гарбузов М. И., 1982; Decroix Y., Ghossein N., 1981]. Более эффективна сочетанная лучевая терапия, особенно в условиях гипербарической оксигенации и при использовании других радиосенсибилизаторов — метронидазола, гипертермии.

По данным зарубежных хирургов, хирургическое лечение рака слизистой оболочки полости рта I—II стадии обеспечивает 5-летнее излечение 46—77% больных [Jeppsson P., Lindstrom J., 1973; Bloom N., Spiro R., 1980].

В последнее время использование криогенного воздействия при ограниченном раке слизистой оболочки полости рта I—II стадии позволило добиться 5-летнего излечения 83,5% больных [Шенталь В. В., 1983].

В нашей стране наиболее распространенным и эффективным методом лечения рака слизистой оболочки полости рта I—II стадии является лучевая терапия. При распространенных формах рака слизистой оболочки полости рта III—IV стадии (Т3—4) более эффективны комбинированный и комплексный методы лечения, включающие предоперационную лучевую, химиолучевую терапию, моно- или полихимиотерапию. Основным компонентом комбинированного лечения является радикальное оперативное вмешательство. Это обеспечивает 5-летнее излечение 39—65% больных.

Неблагоприятные результаты лечения во многом зависят от его неправильного планирования. В частности, большего радикализма удается добиться при проведении комбинированного лечения, когда лучевая терапия предшествует радикальной операции, а при выполнении последней удаляют мышечный массив дна полости рта и фрагмент нижней челюсти вместе с альвеолярным отростком.

Расширенные оперативные вмешательства, выполняемые при раке слизистой оболочки полости рта и ротоглотки, отличаются большим объемом удаляемых тканей. В связи с этим возникают

сложные задачи по пластическому замещению обширных послеоперационных дефектов. Вообще указанные операции ввиду технических трудностей требуют высокой хирургической подготовки, причем они нередко не приводят к излечению больных. По этой причине хирурги очень часто отказываются от выполнения расширенных оперативных вмешательств при распространенном раке слизистой оболочки полости рта и ротоглотки. В такой ситуации в учреждениях общей лечебной сети допускают ошибку при планировании лечения: вместо проведения комбинированного лечения с выполнением радикальной операции во втором этапе проводят только паллиативную лучевую терапию или химиотерапию. Для того чтобы избежать подобной ошибки, лечение таких больных необходимо начинать сразу в специализированном лечебном учреждении, где могут быть выполнены все компоненты комплексного лечения, в том числе и расширенные комбинированные операции на челюстно-лицевой области.

Злокачественные опухоли слизистой оболочки полости рта и ротоглотки отличаются быстрым развитием, повышенной склонностью к рецидивированию и метастазированию, поэтому следует признать ошибкой при III—IV стадии заболевания планировать только оперативное вмешательство вместо комбинированного или комплексного лечения.

Биологические особенности злокачественных новообразований носоглотки, в значительной мере обусловленные анатомическим строением носоглотки, системой ее лимфо- и кровообращения, преобладание малодифференцированных форм и специфика метастазирования делают невозможным выполнение радикального оперативного вмешательства в классическом варианте — удаление единым блоком первичного очага и регионарных метастазов.

Попытки лечения злокачественных опухолей носоглотки хирургическим путем оказались неудачными, что обусловлено рядом хорошо известных причин. В связи с этим на современном этапе хирургическое лечение больных со злокачественными опухолями носоглотки является ошибкой и должно быть оставлено.

Что же касается радикального хирургического лечения рака слизистой полости рта и языка III стадии (опухоль размером 4 см и более), то в последние годы доказана целесообразность выполнения комбинированных операций нового типа, суть которых заключается в удалении двух и более анатомических образований с отсечением всех мышц, расположенных в этой анатомической области, от мест их прикрепления (подъязычной кости, тела нижней челюсти, крыловидных отростков, клиновидной кости, скуловой дуги).

Необходимость отсечения мышц от мест их прикрепления обусловлена тем, что рецидивные опухоли рака подвижной части языка, его корня и дна полости рта обычно распространя-

ются вдоль подъязычно-язычной, подбородочно-язычной, небно-язычной мышц и продольных мышц языка, а рака щеки — вдоль волокон крыловидных, жевательных мышц и челюстно-подъязычной мышцы.

Внедрение в практику нового типа комбинированных операций позволило уменьшить частоту рецидивов первичной опухоли с 55,8 до 15,6%, а 5-летнюю выживаемость увеличить с 23,8 до 51,8% [Любаев В. Л., 1985]. В связи с этим следует считать ошибкой выполнение только типичной стандартной половинной электроэксцизии языка при распространенном раке слизистой оболочки полости рта и языка, когда размеры первичной опухоли достигают 4 см и более.

Наиболее частыми ошибками при проведении лучевой терапии злокачественных опухолей носоглотки, по данным А. С. Павлова и Л. Д. Стиоп (1985), являются недостаточный объем облучения, при котором не на всю первичную опухоль подается достаточная доза, применение низких доз — менее 50—60 Гр и отказ от проведения сочетанной лучевой терапии с внутриполостным облучением (подведение радиоактивных препаратов к наиболее резистентной к ионизирующему излучению части опухоли).

В связи с успехами лучевой терапии, обеспечившими реальную возможность стойкого излечения первичной опухоли носоглотки, встал вопрос о хирургическом удалении регионарных метастазов при их неполной резорбции после лучевой терапии, так как именно они являются наиболее частой причиной неудач при лечении больных со злокачественными опухолями носоглотки.

Мы располагаем опытом такого лечения регионарных метастазов у 11 больных. Из них 10 человек живы без рецидива и метастазов в течение 3—5 лет и дольше. При гистологическом изучении удаленных метастазов у 5 больных выявлены остатки рака на фоне выраженных лучевых изменений, у 6 больных элементов рака не обнаружено.

Данные наблюдения свидетельствуют о целесообразности выполнения оперативного вмешательства на зонах регионарного метастазирования, необходимости строго индивидуально подходить к разработке плана лечения и отказаться от сформировавшихся стандартов даже у больных со значительным распространением метастазов малодифференцированного рака. Приведенные соображения, на наш взгляд, позволяют считать ошибкой отказ от выполнения такого рода операций у больных, у которых отмечается неполная регрессия регионарных метастазов рака носоглотки после лучевого лечения.

До настоящего времени не существует универсального метода лечения опухолей органов полости рта. В зависимости от локализации, распространенности и морфологической характеристики опухоли проводят хирургическое, лучевое или комбинированное лечение, поэтому при выработке его плана необхо-

димо строго соблюдать принцип коллегиальности и привлекать специалистов по лучевой терапии, хирургов и химиотерапевтов.

Выбор метода лечения определяется не только индивидуальными особенностями опухолевого процесса у каждого конкретного больного, но и его резервными общесоматическими возможностями. Обязательными условиями являются оснащенность лечебного учреждения необходимыми источниками и аппаратами для проведения контактной лучевой терапии и соответствующий уровень подготовки специалистов. Если по каким-либо причинам выполнение всех этапов комбинированного лечения в данном учреждении невозможно, то таких больных направляют в специализированную клинику, где им может быть оказана помощь в полном объеме.

При проведении лучевого лечения больных раком органов полости рта встречаются ошибки тактического и методологического характера. Для того чтобы избежать первых, необходимо четко представлять себе возможности, цели и задачи лучевой терапии, которая может быть использована в качестве самостоятельного метода и как компонент комбинированного или комплексного лечения. Методологические ошибки связаны с неадекватным выбором способа облучения и уровня суммарной очаговой дозы, следствием чего может быть как недостаточный лечебный эффект, так и развитие лучевых повреждений нормальных тканей.

Наиболее часто первым этапом лечения больных раком органов полости рта является дистанционная гамма-терапия. При ее проведении необходимо соблюдать один из основных онкологических принципов — одновременное воздействие на опухоль и зоны регионарного метастазирования. В связи с этим, учитывая особенности лимфогенного метастазирования опухолей слизистой оболочки полости рта, в объем облучения необходимо включить первичный очаг и лимфатические узлы первого регионарного барьера, располагающиеся вплоть до развилки общей сонной артерии.

Неравномерное распределение дозы ионизирующего излучения и большие размеры полей облучения при дистанционной гамма-терапии способствуют возникновению лучевых повреждений. В связи с этим предпочтительнее использовать методики изоцентрического двух- или трехпольного облучения, при котором поля располагаются под разными углами друг к другу, близкими к 120° от вертикальной оси, и имеют ширину 4—6 см. Эта методика позволяет добиться максимальной дозы в очаге поражения при значительном снижении лучевой нагрузки на окружающие здоровые ткани. Выбрать правильный вариант облучения невозможно без эскиза поперечного среза облучаемых тканей, который необходимо изготовлять индивидуально для каждого больного. Для того чтобы добиться адекватного и оптимального распределения лучистой энергии, необходимо соблюдать следующие основные принципы: зона макроскопически

определяемой опухоли должна охватываться 90—100% изодозной кривой, зона субклинического распространения опухоли шириной 1,5—2 см от видимых ее границ — 80—90%, лимфатические узлы первого регионарного барьера при наличии в них метастазов — 75—85%, в их отсутствие — 55—60%, доза на спинной мозг не должна превышать 15—20% от максимальной.

При проведении перед облучением санации полости рта с удалением кариозных зубов, а также металлических протезов и зубов в зоне облучения значительно уменьшается опасность возникновения лучевых осложнений. Этому же способствует отказ больных от вредных привычек и соблюдение гигиены полости рта. С целью щажения зубов и экранирования слизистой оболочки полости рта при наружном облучении целесообразно использовать защитные приспособления в виде пластмассовых капп, прикусных блоков или марлевых салфеток, смоченных раствором новокаина.

В соответствии с задачами, стоящими перед дистанционной гамма-терапией как первым этапом сочетанного лучевого или комбинированного лечения, суммарная очаговая доза должна составлять 40—50 Гр за 4—5 нед. При превышении этого диапазона повышается опасность развития лучевых осложнений и ухудшаются условия для заживления операционной раны.

Завершение наружного облучения является важным этапом в определении дальнейшей тактики лечения. Для того чтобы исключить ошибки, вопрос о необходимости и виде дополнительного воздействия на первичную опухоль решают коллегиально в зависимости от достигнутого эффекта. Сочетаное лучевое лечение можно продолжить лишь при положительной динамике опухолевого процесса и доступности опухоли для контактного облучения.

Второй этап сочетанного лучевого лечения выполняют сразу после стихания лучевых реакций слизистой оболочки полости рта, но интервал между этапами не должен превышать 3 нед из-за опасности возобновления опухолевого роста. Ошибки при проведении внутритканевой гамма-терапии связаны с определением объема облучения, распределением в нем источников излучения и физическими условиями облучения. Во избежание такого рода ошибок в объем облучения необходимо включать остаточную опухоль и прилегающие ткани на расстоянии не менее 0,5 см от ее определяемых границ, дозное поле должно быть однородным, следует избегать контакта источников с нижней челюстью. Оптимальная мощность дозы при внутритканевом облучении составляет 0,3—0,6 Гр/ч. Уровень дозы от внутритканевого компонента выбирают с таким расчетом, чтобы суммарный показатель время—доза—фракция при сочетанном лучевом лечении не превышал 130—140 ед.

Отсутствие положительной динамики опухолевого процесса после подведения 40—50 Гр следует рассматривать как прояв-

ление ее низкой радиочувствительности. В этих случаях при операбельных процессах следует отдать предпочтение комбинированному лечению, при неоперабельных опухолях за дистанционной гамма-терапией остается роль паллиативного пособия. В этом случае суммарная очаговая доза не должна быть более 65 Гр (показатель время—доза—фракция 110—115 ед.), поскольку при дальнейшем увеличении дозы результаты лечения не улучшаются, а опасность возникновения осложнений повышается. Подвести эту дозу можно с полей облучения меньших размеров.

Одной из причин ухудшения результатов лечения больных со злокачественными опухолями полости рта является возникновение осложнений в процессе лечения. Изучение местных осложнений после выполнения типичных операций по поводу рака органов полости рта (при поражении соответственно T1—T2) показало, что частота этих осложнений не превышает 25% и они редко приводят к смертельным исходам или необходимости проведения дополнительных мероприятий [Сайяс С. О., 1982].

В связи с увеличением объема оперативных вмешательств увеличивается частота местных и общих послеоперационных осложнений: при выполнении комбинированных операций — до 42,1% и расширенно-комбинированных — до 51% больных [Пачес А. И., Любаев В. Л., 1988].

Большинство ошибок, ведущих к возникновению опасных для жизни осложнений, связаны с недооценкой ряда сопутствующих заболеваний и расширением показаний к тому или иному виду оперативных вмешательств. Проведенный А. И. Пачесом и В. Л. Любаевым анализ показал, что частота местных осложнений возрастает после применения дозы облучения 60 Гр и выше, а также при комбинации лучевой терапии в дозе до 60 Гр с химиотерапией. Количество послеоперационных осложнений возрастает и при увеличении интервала между окончанием лучевой терапии и операцией.

Для того чтобы избежать ошибок, приводящих к увеличению частоты местных послеоперационных осложнений, важно строго следовать принципам комбинированного лечения у больных с распространенными формами рака слизистой оболочки полости рта и ротоглотки, соблюдая его ритм. Необходимо помнить, что увеличение дозы лучевой терапии свыше 60 Гр и сочетание ее с лекарственной терапией на первом этапе лечения не обеспечивает улучшения отдаленных результатов лечения, но в то же время способствует повышению частоты местных послеоперационных осложнений, иногда даже приводящих к летальному исходу.

К наиболее тяжелым послеоперационным осложнениям относятся гнойно-некротические процессы в ране. По данным А. И. Пачеса и В. Л. Любаева (1988), после расширенно-комбинированных операций эти осложнения возникли у 44,6% больных. Частота гнойно-некротических осложнений возрастала по-

сле перевязки магистральных сосудов (наружной сонной или язычной артерий) с 28,2 до 52,3%. Следует считать ошибкой, увеличивающей опасность развития гнойно-некротических осложнений, превентивную перевязку этих сосудов при выполнении комбинированных и расширенно-комбинированных операций у больных раком слизистой оболочки полости рта и ротоглотки.

В последние годы большое внимание уделяется ранней медицинской и социальной реабилитации больных со злокачественными опухолями слизистой оболочки полости рта и ротоглотки, которым была произведена радикальная операция. Основная задача медицинской реабилитации — устранение функциональных и косметических дефектов, возникших после лечения. Наибольшие неприятности больным доставляет грубая деформация лица. Ошибки возникают при планировании медицинской хирургической реабилитации. Очень важно при этом помнить о неудовлетворительном качестве жизни больных при планировании двух- и трехэтапного пластического замещения образовавшихся дефектов слизистой оболочки полости рта и ротоглотки. Наличие оростомы сразу после завершения комбинированной резекции блока тканей дна полости рта и ротоглотки приводит к необходимости зондового питания в течение 3—4 мес, мацерации кожи шеи, ухудшает условия для выполнения последующих пластических операций.

Этой ошибки можно избежать, если планировать реконструктивное пластическое замещение образующихся после операции обширных дефектов одновременно с удалением опухолевого очага. Значительный опыт пластического замещения обширных челюстно-лицевых дефектов, накопленный Г. Г. Втюриным и соавт. (1981), показывает, что у значительной части больных нецелесообразно производить пластику шейным лоскутом, поскольку в этом случае, во-первых, необходимо одновременно выполнить оперативное вмешательство на лимфатических путях шеи; во-вторых, лучевая терапия на область шеи вызывает лучевые изменения в здоровых тканях и создает неблагоприятные условия для приживления шейного лоскута. Для полнослойного замещения значительного объема тканей при раке слизистой оболочки полости рта и ротоглотки тонкого кожно-жирового шейного лоскута явно недостаточно. В связи с этим для замещения образующихся обширных дефектов полости рта и ротоглотки целесообразно использовать сложный кожно-мышечный лоскут, сформированный на большой грудной или трапециевидной мышце [Неробеев А. И., 1984; Tiwari R., Suow B., 1983], или лоскут, сформированный на шее, но состоящий из кожи, подкожной и грудиноключично-сосцевидной мышц [Соловьев М. М., 1976].

Применение указанных лоскутов позволяет уменьшить продолжительность лечения и одновременно обеспечивает более полноценное восстановление нарушенных функций и замещение косметических дефектов [Пачес А. И., Любаев В. Л., 1988].

Важно учитывать, что при использовании кожно-подкожного шейного лоскута обязательно оформление плановой оростомы, в связи с чем второй этап ее пластического закрытия откладывают на 3—6 мес.

Важным моментом, позволяющим избежать образования больших косметических дефектов и выраженных нарушений функций, является сохранение непрерывной костной структуры нижней челюсти. Стремление во всех случаях при сращении опухоли со слизистой оболочкой нижней челюсти к резекции фрагмента нижней челюсти является ошибкой и приводит к тяжелым послеоперационным осложнениям, вследствие чего значительно увеличивается продолжительность лечения. В связи с этим при сращении опухоли с альвеолярным отростком, но в отсутствие рентгенологических признаков поражения костной структуры нижней челюсти производят частичную резекцию альвеолярного отростка либо сбивают долотом внутреннюю часть нижней челюсти. Такой подход позволяет избежать обширных косметических дефектов.

Ошибки при составлении плана лечения больных со злокачественными опухолями слизистой оболочки полости рта и ротоглотки могут произойти вследствие неправильного или неточного оформления медицинской документации. Наиболее частой ошибкой такого рода является недостаточно точное указание степени распространения и локализации первичной опухоли и ее регионарных метастазов.

Неточная информация о степени распространения опухолевого процесса, полученная перед началом лучевой терапии, может послужить причиной неправильного планирования последующего хирургического лечения. Возникает такая ситуация, когда при распространенном опухолевом очаге с инфильтрацией мышц дна полости рта, сращением со слизистой оболочкой альвеолярного отростка планируют выполнение неадекватной в данном случае сочетанной лучевой терапии вместо комбинированного лечения с хирургическим вмешательством на втором этапе.

Неполная информация о динамике опухолевого процесса, характере лучевых реакций и местных осложнениях, возникающих в процессе проведения лучевого и лекарственного лечения, может быть причиной необоснованного продолжения указанного лечения или отказа от него. Точные данные о границах полей облучения необходимы для рационального планирования повторной лучевой терапии рака слизистой оболочки полости рта и ротоглотки.

В процессе обследования и лечения больных со злокачественными опухолями слизистой оболочки полости рта и ротоглотки возникает ряд специфических для этой локализации деонтологических проблем. Онкологический прогноз у больных этой группы, несмотря на лечение, часто неблагоприятный. Кроме того, выполняемые операции приводят к большим косме-

тическим дефектам и функциональным нарушениям. Этим обусловлена наиболее частая ошибка врачей: они считают этих больных безнадежными и нередко отказываются от выполнения обширных комбинированных операций и паллиативных мероприятий — криотерапии и др. Для того чтобы избежать деонтологической ошибки, следует шире пропагандировать успешный опыт ранней диагностики и лечения больных со злокачественными опухолями слизистой оболочки полости рта и ротоглотки.

Учитывая сложность проводимого лечения (лучевого, комбинированного, комплексного), специальное лечение этой группы больных необходимо проводить в специализированных отделениях, имеющих необходимую материально-техническую базу и подготовленных хирургов. Деонтологической ошибкой следует считать осуществление лечения больных со злокачественными опухолями полости рта и ротоглотки в хирургическом стационаре общего профиля, где не могут быть использованы все возможности вышеназванных современных методов лечения. Хирурги не владеют методикой сложных комбинированных и расширенных операций в этой зоне. Проведение хирургического лечения нередко приводит к быстрому прогрессированию опухолевой болезни и уменьшению продолжительности жизни больных.

Должен ли врач, оперирующий больного, сообщать ему о характере его заболевания? Мы считаем, что при планировании лечения в тех условиях, когда прогноз заболевания у значительной части больных неблагоприятный, врач должен сообщить больному необходимую информацию о характере заболевания. Будет ошибкой, если врач начнет внушать больному слишком оптимистичный взгляд на течение заболевания, не расскажет о тяжелых косметических дефектах и функциональных нарушениях, возникающих после операции.

Эта информация необходима для того, чтобы снять благодушное настроение больного, сделать логичным и обоснованным планирование калечащих операций. В таких случаях больные редко отказываются от лечения и оперативного вмешательства.

Врач-онколог, проводящий лечение больного, должен использовать весь арсенал лечебных средств, чтобы облегчить жизнь больного, снять болевой синдром, добиться излечения при минимуме косметических и функциональных нарушений. Использование всех современных методов лечения при раке слизистой оболочки полости рта и ротоглотки, к сожалению, не гарантирует длительное излечение. Для того чтобы избежать необоснованных жалоб родственников больных, с ними необходимо проводить откровенные беседы, сообщив необходимую информацию о тяжести и прогнозе заболевания, характере предстоящей операции, косметических дефектах и функциональных нарушениях. Отказ от такой беседы, отсутствие у род-

ственников достаточной информации является основной причиной их жалоб, поэтому необходимо найти время для такой беседы.

ГЛАВА 11

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ошибки в диагностике. Важность своевременной диагностики рака молочной железы несомненна, так как 5 лет и более после лечения живут от 86,4 до 91,8% больных с I—IIа стадией заболевания и только 39,8% с IIIб стадией [Баженова А. П. и др., 1985; Березкин Д. П., 1986]. К сожалению, из больных, поступивших в стационар МНИОИ им. П. А. Герцена, I стадия была установлена лишь у 16% [Сергеев С. И. и др., 1976]. По данным Д. П. Березкина, из 9190 больных I и II стадия диагностирована у 51%, причем I стадия — лишь у 13%. Остается высоким показатель одногодичной летальности — 12,4% (по РСФСР).

Проведенный в 1979 г. в МНИОИ им. П. А. Герцена анализ 950 историй болезни показал, что сами обнаружили опухоль в молочной железе 84,4% больных, при массовых профилактических осмотрах опухоль выявлена у 2,1%, при флюоромаммографии — у 4,5% и индивидуальных профилактических осмотрах — у 9% больных [Баженова А. П. и др., 1985]. При анализе 587 историй болезни, проведенном в 1979 г., мы отметили лишь небольшие изменения в структуре диагностики рака за прошедшие 9 лет. Так, 80,1% женщин сами обнаружили опухоль в молочной железе, у 4,5% опухоль выявлена при осмотре в женской консультации, у 3,6% — при врачебном осмотре в поликлинике (индивидуальный профилактический осмотр) и у 11,8% больных — при проведении диспансеризации и массовых профилактических осмотров. Приведенные данные свидетельствуют о том, что за прошедший период появилась и сохраняется тенденция к более активному выявлению опухоли молочных желез. Частота «самообнаружения» опухоли снизилась за 8 лет с 84,4 до 80,1%. Этот факт является предпосылкой для продолжения проведения программы по самообследованию с целью раннего выявления рака молочной железы, рекомендованной ВОЗ в 1981 г.

В СССР проведение этой программы начато в Научно-исследовательском институте онкологии им. Н. Н. Петрова и ВОНЦ АМН СССР, в течение 10 лет она будет расширяться, охватывая все более значительные контингенты населения (100 000 жен-

щин). Пока нет точных данных, которые свидетельствовали бы об эффективности этой программы. Реализация этой программы сопряжена с определенными трудностями, которые заключаются в том, что нужно: 1) убедить женщин в необходимости регулярного проведения самообследования в течение длительного времени; 2) хорошо проинструктировать их; 3) гарантировать, что в случае обнаружения каких-либо изменений они получат необходимую медицинскую помощь; 4) гарантировать благоприятный прогноз при раннем обнаружении опухоли. По предварительным данным, рекомендации программы выполняют только 75,1% женщин, так как многие из них еще не выработали определенных ценностных ориентаций («установка на здоровье») [Семиглазов В. Ф., 1986].

Психофизиологические особенности заболевших женщин имеют большое значение для раннего и активного выявления. Так, проанализировав истории болезни 587 женщин, заболевших раком молочной железы, мы установили, что 54,1% из них обратились к врачу в течение 1 мес после обнаружения опухоли, 27,4% — в сроки от 1 до 3 мес, 14,8% — от 3 до 12 мес, до 2 лет не обращались за помощью 3,7% больных. Причины несвоевременного обращения к врачу различны. Так, 42,2% женщин «затягивали», «откладывали» принятие решения по разным мотивам: занятость, сложное семейное положение, напряженная ситуация на работе, у 10,9% женщин причиной потери времени явилось «чувство страха». К этому следует добавить, что 6,5% женщин занимались самолечением: прогревали молочную железу, втирали различные мази, прикладывали травы, что нередко способствовало резкому прогрессированию опухолевого процесса.

Проведенный нами анализ позволил выявить значительное количество врачебных ошибок, допущенных на этапе выявления больных и диагностики заболевания, в основном в амбулаторно-поликлиническом звене общелечебной сети. В 10,4% случаев врач (терапевт, гинеколог), не разобравшись в патологии молочной железы, не направил больную на консультацию к онкологу или хирургу и не рекомендовал провести необходимое обследование. Организационные ошибки в виде недообследования или неправильного обследования были допущены врачами на этом этапе в 17,9% случаев. Больных не направляли на маммографию, термографию, ультразвуковое исследование, не проводили им диагностические пункции и т. д.

У 103 (17,8%) из 587 больных были допущены диагностические ошибки, а у 66 (11,2%) на амбулаторно-поликлиническом этапе проведено неправильное лечение (физиотерапия «маститов», вскрытие «гнойников» и т. д.), хотя клиническая картина рака молочной железы была очевидной. Поражает медлительность в действиях врачей. Так, от момента появления клинических признаков заболевания до установления диагноза у 304 (51,7%) из 587 больных прошло от 1 до 6 мес и лишь

у 30,5% рак молочной железы был диагностирован в течение 1 мес. Недостаточная квалификация врачей явилась причиной поздней диагностики в 32,5% случаев.

Результаты активного выявления ранних стадий рака молочной железы, проводимого с помощью различных форм скрининга как в СССР, так и за рубежом, свидетельствуют о значительных возможностях этого метода. Э. К. Хинт в 1977—1983 гг. провела маммологический скрининг и у 20% обследованных выявила рак молочной железы I стадии, при этом общая выявляемость составила 3,2 на 1000 обследованных. Н. Т. Зозюк (1979), проводившая ежегодную диспансеризацию 12 000 женщин с обязательным осмотром молочных желез хирургом и онкологом и выполнением маммографии, в группе активного наблюдения выявила 75% больных раком I стадии. Проведенный сотрудниками МНИОИ им. П. А. Герцена среди более чем 3000 женщин скрининг, включавший анкетный опрос, ежегодный врачебный осмотр и контрольную маммографию, позволил выявить рак молочной железы у 4 на 1000 осмотренных, причем у 45,1% в I стадии [Демидов В. П. и др., 1985).

Можно выделить три этапа в проведении маммографического скрининга. I этап — отбор группы риска из числа обследуемых, например путем анкетирования и самообследования молочных желез; II этап — дообследование группы риска (осмотр хирургом, термография, ультразвуковое исследование, маммография), т. е. «сужение» группы риска; III этап — выявление патологии в «суженной группе риска» (осмотр онколога, диагностическая пункция, секторальная резекция железы). Важно подчеркнуть, что «тесты критерия отбора» должны быть высокоизбирательными. Чем они надежнее, тем «уже» группа риска; в идеале она не должна превышать 0,5—1%, но на практике составляет 12—22%, а иногда 50%, что недопустимо, так как приходится проводить углубленное дообследование большого числа женщин, что затруднительно и экономически нецелесообразно. Эффективность маммографического скрининга должна быть не ниже 7—8% случаев выявления рака молочной железы на 1000 обследованных, частота активного выявления рака I—IIa стадии — не ниже 50%. Вместе с тем при анализе результатов скринингов выявляют организационные ошибки. Например, в качестве основного метода отбора иногда используют флюоромаммографию, которая недостаточно специфична и проведение которой недопустимо из-за высокой лучевой нагрузки; применяют скрининг-анкеты, малоэффективные вследствие того, что включают небольшое количеств факторов риска; нарушают сроки проведения маммографии и т. д. Эти и другие возможные ошибки необходимо учитывать при планировании этой важной организационной формы активного выявления рака молочной железы.

Диагностировать рак молочной железы, особенно на ранних стадиях развития, не всегда легко, его необходимо дифферен-

цировать от других патологических состояний. Как отмечает В. Ф. Семиглазов (1983), вследствие разнообразия клинических форм рака молочной железы при наличии в ней уплотнения у 10—40% больных возникают сомнения в диагнозе. В поликлинике НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова при первичном осмотре больных с различными опухолями молочной железы у 25% из них правильный диагноз не могли сразу установить с достаточной достоверностью.

Эти данные близки к сведениям, приводимым Л. М. Ратнером (1949), из которых следует, что правильный клинический диагноз был установлен только у 60% больных, а у 40% он был сомнительным. За прошедшие с тех пор десятилетия накоплен огромный фактический материал, разработаны и внедрены в практику новые диагностические методы. Раньше чаще встречались такие очень редко наблюдаемые в настоящее время заболевания молочных желез, как актиномикоз, туберкулез, сифилис, натечный абсцесс и др. Так, по данным Л. М. Ратнера (1949), рак молочной железы следовало дифференцировать от: 1) доброкачественных опухолей (фиброаденома, гемангиома, папиллома, дермоид и т. д.); 2) острых воспалительных процессов (острый мастит, рожа, эризипелоид); 3) неспецифических хронических воспалительных процессов (хронический абсцесс, хронический фиброзный мастит, хронический дерматит, фиброзный миозит большой грудной мышцы и т. д.); 4) хронических воспалительных процессов специфического характера (тифозный мастит, цирротический туберкулез, натечный абсцесс, актиномикоз, сифилис и т. д.); 5) дегенеративных и гиперпластических процессов (кистозная мастопатия, жировой некроз, парафинома, лактационная гиперплазия и т. д.); 6) других заболеваний (саркома, лимфогранулематоз, склеродермия, аберрирующая молочная железа, эхинококк, экзема соска и т. д.).

Мы изучили истории болезни 204 женщин, поступивших в МНИОИ им. П. А. Герцена в 1986—1987 гг., у которых возникали трудности в дифференциальной диагностике и были допущены врачебные ошибки. Чаще всего дифференциальную диагностику проводили между раком и различными формами мастопатии, гораздо реже — хроническими воспалительными процессами и доброкачественными опухолями. Это свидетельствует о том, что количество нозологических форм заболеваний молочной железы, которые необходимо дифференцировать, уменьшилось.

Часто причиной возникновения диагностических ошибок является неправильная тактика врача при обнаружении узловых образований в молочной железе. При дисгормональных гиперплазиях с выраженными пролиферативными изменениями протоков и ацинусов в ткани молочной железы нередко возникают узлы. Все узловые образования в молочных железах необходимо удалить, предварительно выполнив диагностическую пункцию и цитологическое исследование. Широкое применение

секторальных резекций со срочным гистологическим исследованием, произведенных 1000 больным при первоначальном клиническом диагнозе «узловая мастопатия», «фиброаденома», «внутрипротоковые папилломы», позволило выявить предраковые изменения и рак на ранней стадии развития у 20,3% больных [Туркина Л. Ф., 1981].

Для рака молочной железы характерно довольно раннее лимфогенное и гематогенное метастазирование. Так, по данным В. Ф. Семиглазова (1983), у 12,8% больных с начальными формами рака (I—IIа стадия) после операции и тщательного гистологического исследования установлена IIIб стадия. По частоте метастазирования в кости рак молочной железы занимает первое—второе место среди опухолей других локализаций, причем одиночные метастазы встречаются реже, чем множественные [Камчатова Н. В., 1986].

В связи с особенностью течения рака молочной железы некоторые специалисты рассматривают эту форму рака как системное заболевание.

Врач, встречающийся с разнообразными клиническими формами рака молочной железы, должен знать о таких особенностях его метастазирования, когда в клинической картине заболевания преобладают признаки метастазов, а первичный очаг установить трудно. В связи с этим у всех больных раком молочной железы мы проводим сцинтиграфическое исследование костей скелета с целью выявления скрытых метастазов. При этом выявляется определенная корреляция: чем больше первичный очаг в молочной железе, тем чаще встречаются костные изменения метастатического характера.

Врачебные ошибки могут встречаться при наличии изолированных метастазов в зонах регионарного для рака молочной железы метастазирования — в подмышечных лимфатических узлах. В институте под наблюдением находились 58 больных с «непальпируемым», «скрытым» раком молочной железы, у которых истинный диагноз был установлен именно в такой ситуации [Островцев Л. Д., 1982]. В связи с этим у больных, у которых выявлен изолированный лимфогенный метастаз в подмышечной области, с целью исключения первичного очага в щитовидной железе, яичнике, желудке, почке и т. д. необходимо провести исследование всех органов. Однако прежде всего нужно тщательно исследовать молочную железу, особенно ее наружноверхний квадрант, где у 60% больных удается заподозрить, а затем на операции подтвердить наличие небольшой (до 1 см) первичной опухоли.

Метастатическое поражение головного мозга, сопровождаемое неврологическими расстройствами (с острым или подострым течением), редко является первым симптомом рака молочной железы, однако такую возможность надо иметь в виду. С. В. Тарасюк (1986) отметил, что из 174 больных с метастатическим пеpажением нервной системы у 3% в прошлом был

рак молочной железы I стадии. Неврологические расстройства возникали лишь при величине метастаза в головном мозге более 1,3 см в диаметре, при этом они нередко (до 34%) сочетались с метастатическим поражением костей черепа. При неврологических расстройствах проводят следующие исследования: 1) офтальмоскопию (эффективность до 59%); 2) электроэнцефалографию (эффективность до 71,4%); 3) исследование цереброспинальной жидкости (эффективность 77,7%); 4) сцинтиграфию скелета с внутривенным введением ^{99}Tc (отрицательный ответ до 20%); 5) компьютерную томографию мозга (эффективность при метастазах в веществе мозга до 94,1%).

Современный уровень диагностики и новые технические возможности позволили значительно изменить методику установления диагноза рака молочной железы. В 1949 г. Л. М. Ратнер предлагал следующую триаду для предотвращения диагностических ошибок («тройной диагноз»): 1) клинический диагноз; 2) обязательная секторальная резекция с разрезанием опухоли; 3) макроскопический диагноз «на глаз», микроскопический диагноз, а затем радикальная мастэктомия по Холстеду. Л. М. Ратнер писал: «...Мы не доверяем своей клинической диагностике и делаем секторальную резекцию во всех без исключения случаях». Он уже тогда справедливо полагал, что необходимо переходить от сугубо клинической к клинико-морфологической диагностике при решении проблемы распознавания, лечения и прогнозирования отдаленных результатов лечения рака молочной железы.

Современные требования к формулированию диагноза рака молочной железы подчинены выработке оптимального плана не только хирургического, но и комбинированного или комплексного лечения. В связи с этим в настоящее время необходимо иметь полный клинический диагноз рака молочной железы, включающий локализацию и размеры первичного очага (элемент T), наличие или отсутствие поражения лимфатических узлов (элемент N), а также гематогенных метастазов (элемент M). До начала лечения необходимо знать морфологическую характеристику опухоли, включающую степень дифференцировки опухоли, исходный гормональный фон (уровень эстрогенов, сроки нарушения менструального цикла, наличие рецепторов эстрогенов и прогестеронов, определяемое с помощью биопсии опухоли). Немаловажное значение имеют данные генетического анамнеза и сведения о степени агрессивности опухоли (темпы роста и т. д.). Только при наличии всех этих исходных данных можно избежать ошибок при составлении плана лечения.

В МНИОИ им. П. А. Герцена предпочтение отдают трем основным методам диагностики — «тройному диагнозу»: 1) клиническому; 2) рентгенологическому; 3) цитологическому. Степень информативности каждого из них оценена по результатам применения этих методов более чем у 1000 больных раком мо-

лочной железы разных стадий. Полученные данные приведены в табл. 11.1.

Данные о результативности диагностики по совокупности данных, полученных с помощью указанных методов обследования, приведены в табл. 11.2.

Анализ результатов обследования 1000 больных раком молочной железы показал, что наиболее трудны для распознавания всеми методами диагностики опухоли при I стадии заболевания. По мере прогрессирования процесса частота установления правильного диагноза повышается. Суммарно по всем стадиям заболевания при цитологическом исследовании правильный диагноз установлен в 90% случаев, клиническом — в 83,6%, рентгенологическом — в 79,5%, комплексном — в 95,5%.

При клиническом обследовании (сбор анамнеза, осмотр, мануальное исследование) независимо от стадии опухолевого процесса ошибки допущены в 7,4% случаев, а сомнения в отношении диагноза возникали в 9%; при I стадии заболевания эти показатели выше — соответственно 23,9 и 23,9%. Подобные врачебные ошибки обусловлены субъективными и объективными

Таблица 11.1

Степень информативности основных методов диагностики рака молочной железы *(в процентах)*

Стадия	Клинический диагноз			Рентгенологический диагноз			Цитологический диагноз			
	правильный	сомнительный	ошибка	правильный	сомнительный	ошибка	правильный	сомнительный	ошибка	пункция неудачная
I	52,2	23,9	23,9	40,0	25,7	34,3	69,1	13,2	11,5	6,2
II	87,3	8,0	4,7	84,5	8,7	6,8	93,7	2,9	2,3	1,1
III	94,0	3,6	2,4	92,1	4,9	3,0	94,6	2,4	1,5	1,5
Всего	83,6	9,0	7,4	79,5	10,4	10,1	90,0	4,4	3,5	2,1

Таблица 11.2

Результаты комплексной диагностики рака молочной железы

Стадия	Правильный диагноз	Ошибочный диагноз
I	81,2	18,8
II	98,2	1,8
III	98,8	1,2

факторами. К субъективным факторам относят нарушение методики сбора анамнеза, осмотра и обследования, к объективным — отсутствие строго патогномоничных признаков рака молочной железы.

Наши данные показывают, что при клиническом обследовании чаще занижают распространенность рака молочной железы (гиподиагностика) — в 27,6% случаев, чем завышают (гипердиагностика) — в 11,1%. Для того чтобы уменьшить количество врачебных ошибок в клинической диагностике рака молочной железы, необходимо учитывать различные факторы, в том числе возраст больных. По нашим данным, лишь 18,2% больных раком молочной железы были моложе 40 лет, а 62,2% — в возрасте 40—60 лет. При сборе анамнеза у 71% больных раком молочной железы выявлены различные факторы риска, в том числе наличие рака молочной железы у кровных родственников (6,2%), ожирение (17,4%), нарушение менструального цикла и заболевания женских половых органов (30,6%), гипертоническая болезнь (11,2%), заболевания щитовидной и поджелудочной желез (5,6%).

Клиническое обследование, которое лучше проводить на 6—8-й день после менструации, включает осмотр и пальпацию молочных желез, а также зон регионарного лимфооттока. Осмотр позволяет выявить асимметрию молочных желез вследствие сморщивания тканей железы опухолью или увеличения ее объема при больших опухолях и отеке. Инфильтрация опухолью куперовых связок приводит к их укорочению и втяжению кожи, что проявляется в виде симптома умбиликации и площадки над опухолью. Опухоли, расположенные в ареолярной зоне, распространяются по протокам, втягивают и фиксируют сосок, изменяют форму ареолы. При раке Педжета сосок, ареола, а иногда и окружающая кожа могут превратиться в мокнущую экземоподобную поверхность с неровными краями.

Пальпация — необходимый и вместе с тем наиболее простой и доступный метод первичной диагностики рака молочной железы. Узловые формы рака выявляются в виде плотных бугристых образований, твердость которых уменьшается от центра к периферии, ограниченно смещаемых относительно окружающих тканей железы, нередко связанных с подкожной жировой клетчаткой и кожей, реже — с подлежащей мышечной фасцией или грудной стенкой. При пальпации определяют локализацию, форму, размеры опухоли и ее отношение к окружающим тканям. Диффузные формы рака характеризуются в первую очередь изменениями кожи молочной железы в виде утолщения, отека, изменения сосудистого рисунка, эритемы, гиперемии. Иногда опухоль на фоне отека пальпаторно не определяется.

Пальпацию следует проводить в вертикальном и горизонтальном положении больной сомкнутыми пальцами, слегка придавливая молочную железу к грудной стенке. При больших и отвислых молочных железах одну руку подкладывают под же-

лезу и приподнимают ее, а второй рукой производят пальпацию при вертикальном положении больной.

С помощью пальпации также определяют состояние подмышечных, надключичных и шейных лимфатических узлов. Пораженные раком лимфатические узлы приобретают своеобразную плотность, иногда увеличиваются в размерах, теряют присущую им бобовидную плоскую форму и становятся круглыми. В том случае, если опухоль выходит за пределы капсулы, пораженные лимфатические узлы становятся малоподвижными, иногда сливаются в конгломераты.

По нашим данным, эффективность клинической диагностики пальпируемых форм рака молочной железы при всех стадиях процесса составила 83,6%. Небольшие опухоли (до 2 см в диаметре) и расположенные глубоко в ткани молочной железы труднее поддаются клинической диагностике. При раке I стадии правильный диагноз клинически был установлен у 52,2% больных. По мере прогрессирования заболевания увеличивается частота выявления рака с помощью пальпации: при II стадии она составила 87,3%, при III — 94%.

Из дополнительных методов диагностики рака молочной железы, таких как рентгенологический (маммография, дуктография, пневмоцистография), цитологическое исследование пунктата из опухоли или выделений из соска, термография, эхография, трансиллюминация (диафаноскопия), радионуклидное исследование с ^{32}P, трепанобиопсия, наибольшее значение имеют маммография и цитологическое исследование.

Маммографию считают основным и высокоэффективным методом диагностики рака молочной железы. По нашим данным, частота установления правильного диагноза с помощью маммографии составила суммарно при всех стадиях 79,5%. Использование специальных рентгеновских аппаратов (маммографов) позволяет получить маммограммы высокого качества при меньшей лучевой нагрузке и, что очень важно, выявить так называемые непальпируемые формы рака молочной железы. По данным Е. А. Павловой (1985), рентгенодиагностика доклинических форм рака молочной железы составила 72,3%.

Рентгенологическая семиотика рака молочной железы хорошо разработана. Прямыми признаками его являются локальное уплотнение ткани молочной железы при узловых формах и сгруппированные микрокальцинаты (мелкие множественные обызвествления). Наши сравнительные данные показывают, что при небольших опухолях (до 2—3 см) маммограммы наиболее точно отображают истинную величину опухолевого узла. Симптом сгруппированных микрокальцинатов характерен для протокового рака. Косвенными признаками рака молочной железы служат втяжение соска и утолщение его кожи, отек ареолы, расширение и уплотнение протоков и сосудов, фиброзирование стромы железы, увеличение и уплотнение подмышечных лимфатических узлов.

При обнаружении подозрительных на рак рентгенологических признаков, чаще в отсутствие соответствующих пальпаторных данных, следует рекомендовать произвести секторальную резекцию молочной железы после предварительной маркировки патологического очага под экраном рентгеноконтрастным веществом и метиленовым синим. Это позволяет хирургу уверенно ориентироваться при иссечении подозрительного участка во время выполнения секторальной резекции.

Необходимо помнить, что ошибки и трудности при проведении маммографии возникают при несоблюдении сроков ее выполнения (оптимальные сроки — на 6—9-й день после менструации). У молодых женщин, у которых хорошо развита железистая ткань, и при выраженной мастопатии можно «просмотреть» формирующийся узел опухоли, наряду с маммографией желательно проводить ультразвуковое исследование молочных желез. Ошибки могут возникать также при краевом расположении опухоли в ткани молочной железы.

С целью скрининга или в группах повышенного риска маммографию можно выполнять один раз в год у женщин старше 50 лет. У молодых женщин (30—35 лет), если они относятся к группе риска или имеют пальпаторно выявляемые подозрительные на рак уплотнения, маммографию проводят по индивидуальным показаниям.

Цитологический метод наиболее эффективен в диагностике рака молочной железы: по нашим данным, с его помощью устанавливают правильный диагноз в целом у 90% больных. При этом возможности его повышаются при диагностике II (93,7%) и III (94,6%) стадии рака молочной железы. Менее эффективен метод в диагностике I стадии, когда опухолевый узел в молочной железе не превышает 2 см. Частота сомнительных диагнозов составила всего 4,4%, а ошибочных — 3,5%. По данным А. К. Непесова (1985), частота ошибочных заключений достигла 11,6%, а предположительных — 18,5%. Столь высокий процент неудач автор объясняет некачественным получением материала. Действительно, для получения пунктата из опухоли требуется определенный опыт, особенно при ее небольших размерах, глубоком расположении и выраженной плотности. Для того чтобы успешно провести цитологическую диагностику, необходимо, чтобы материал был полноценным и содержал достаточное количество клеток и их комплексов.

Метод пункционной цитологии с помощью тонкой иглы, разработанный в МНИОИ им. П. А. Герцена [Агамова К. А., 1978], позволяет добиться морфологической верификации диагноза до начала лечения и на его основании выбрать оптимальный способ лечения. Нам удалось определить гистологическую форму опухоли цитологическим методом у 57,2—71,3%, а степень дифференцировки — у 56,6—87,9% больных. Цитологическое пункционное исследование следует производить после маммографии, так как пункция может изменить рентгенологиче-

скую картину, особенно если пунктируют кистозную полость, в стенке которой развивается опухоль.

Цитологическое исследование можно проводить в виде мазков-отпечатков с опухоли, если она поражает ареолу или сосок, как это бывает при раке Педжета, либо опухоль прорастает кожу молочной железы и изъязвляется.

Ошибки и неудачи при цитологической диагностике могут отмечаться при неправильном выполнении диагностической пункции, в частности когда кончик иглы попадает в плотные ткани, окружающие опухоль, или, наоборот, пунктируется очаг распада опухоли, в котором клетки претерпевают вторичные изменения. Неудачной будет пункция в том случае, если пункционную иглу извлекают из ткани опухоли вместе со шприцем, в котором сохраняется отрицательное давление за счет отсасывающего отведения поршня. При этом содержимое из просвета иглы может распыляться по стенкам шприца. Во избежание этого перед извлечением иглы нужно снять шприц. Решающим обстоятельством в цитологической диагностике является квалификация врача-цитолога, который оценивает полученный при пункции материал. Опытный врач-цитолог может сам выполнить повторную диагностическую пункцию, если у него возникают сомнения в диагнозе при изучении цитологических препаратов.

Метод цитологической диагностики все шире применяют на практике врачи, занимающиеся лечением рака молочной железы. Так, по данным анонимного опроса 122 хирургов, проведенного в 1971, 1977 и 1982 гг., частота использования «игловой биопсии» увеличилась с 30 до 76% [Raina Sanda, 1985].

Как уже отмечалось, по данным МНИОИ им. П. А. Герцена, «комплексная тройная диагностика» в 95,5% случаев позволяет установить правильный диагноз. Однако объективные трудности, связанные с предельными возможностями каждого из трех методов, приводят к диагностическим ошибкам в 4,5% случаев.

При возникновении сомнений в предоперационном диагнозе последним этапом диагностики является секторальная резекция железы со срочным гистологическим исследованием препарата. В МНИОИ им. П. А. Герцена ее выполняют в стационаре. В 1983 г. на 389 операций было выполнено 14 диагностических секторальных резекций (3,6%). При этом у 3 оперированных выявлен рак, у 2 — доброкачественные опухоли и у 9 — хронический мастит или олеогранулемы. В 1985 г. на 428 операций на молочной железе было произведено 10 диагностических секторальных резекций (1,8%): у 4 больных установлен рак, у 3 — доброкачественные опухоли и у 3 — хронический мастит.

Следует обратить внимание на психическое состояние женщин, у которых диагноз рака молочной железы не установлен при комплексной диагностике и им предстоит выполнить диагностическую секторальную резекцию. Неопределенность диагноза вызывает у ряда больных чувство панического страха, которое легко понять, поэтому необходимо провести психологи-

ческую подготовку пациентки. При этом следует помнить, что точный диагноз для многих больных менее травматичен, чем тягостный период ожидания и неопределенности, поэтому с деонтологических позиций нельзя откладывать выполнение секторальной резекции. Больной следует объяснить сложившуюся ситуацию и обязательно подчеркнуть, что если во время операции будут выявлены какие-либо «начальные» изменения в клетках, то для ее блага будет выполнена более радикальная операция. При доверительной беседе устанавливается психологический контакт между больной и врачом, и заключительный этап диагностики проходит в благоприятной обстановке.

Ошибки при планировании лечения. Как правило, эти ошибки тесно связаны с диагностическими ошибками. При выявлении патологии в молочной железе тактику лечения должен разрабатывать врач-онколог. При подозрении на рак лечение больных необходимо проводить в онкологическом стационаре.

Лечение рака молочной железы в СССР в основном проводят в онкологических учреждениях. Лечение в стационарах общей лечебной сети следует считать недопустимым, хотя там лечат 30—50% всех первично зарегистрированных больных со злокачественными новообразованиями [Грицман Ю. Я., 1981]. Больным, госпитализированным по поводу предполагаемой узловой мастопатии или другой патологии в хирургические отделения, необходимо провести уточняющую диагностику и при выявлении рака их необходимо перевести для выполнения операции в онкологическое отделение или онкологический диспансер.

Планирование лечения рака молочной железы затруднено из-за наличия множества методов, количество которых, по подсчетам А. И. Гнатышака (1978), достигает 64 141, сложности выбора индивидуального рационального плана и противоречивости оценок полученных результатов. Выход из такого сложного положения — соблюдение принципов рационального лечения, количество которых значительно меньше, чем методов. Несоблюдение этих принципов может привести к тому, что будет выбран нерациональный метод лечения, и в конечном счете к лечебным ошибкам.

При лечении больных раком молочной железы могут быть проведены мероприятия местнорегионарного и разнонаправленного (комбинированное и комплексное лечение) действия. К первым относятся операции и лучевая терапия, ко вторым — химиотерапия, гормонотерапия, иммунотерапия в сочетании с операцией. План лечения составляют с учетом распространенности процесса, или стадии заболевания, клинической формы рака и общего состояния больной, принимая во внимание ее возраст и сопутствующие заболевания. В СССР в 1956 и 1985 гг. изданы сборники инструкций по оказанию помощи онкологическим больным, одной из задач которой является предотвращение грубых ошибок при планировании лечения этих больных.

За 30 лет произошли существенные изменения в лечении больных раком молочной железы. Сложившиеся взгляды и установки пересматриваются. Успехи химиогормонотерапии и лучевой терапии в последние годы послужили поводом для пересмотра некоторых позиций в тактике лечения. Коренным образом изменилось отношение и к хирургическому лечению, уменьшился объем хирургических вмешательств, производимых в начальных стадиях рака. Обязательным условием при планировании лечения больных раком молочной железы является участие не менее четырех специалистов — онколога, хирурга, радиолога и химиотерапевта.

Клинический опыт показал, что в начальных стадиях рака объем операции на молочной железе не оказывает существенного влияния на частоту отдаленного метастазирования и выживаемость больных [Kinne D. et al., 1982]. S. Raina и соавт. (1985) при опросе 122 хирургов установил, что с 1971 по 1977 г. и в 1982 г. частота выполнения операции Холстеда снизилась с 87 до 37 и 5% соответственно, а модифицированной мастэктомии по Пэйти возросла с 15 до 60 и 89% соответственно.

Сохранение молочной железы при раке имеет большое значение для женщины, особенно в молодом возрасте. В связи с этим выполнение органосохраняющих операций (радикальная резекция молочной железы) в сочетании с лучевой терапией или без нее в начальных стадиях рака в последние годы уже не считают лечебной ошибкой. Результаты экономных и органосохраняющих операций оказались не хуже, чем при радикальной мастэктомии Холстеда. В МНИОИ им. П. А. Герцена 349 больным раком молочной железы I и IIa стадии проведено только хирургическое лечение, в том числе операция Холстеда — 28,6% больных, по Пэйти — 54,5% и радикальная резекция — 17%. При этом 5-летняя выживаемость больных не зависела от объема операции и составила 91,5; 88,9 и 94,7% соответственно.

Таким образом, в настоящее время при раке I и IIa стадии считается возможным проведение только хирургического лечения (функционально-щадящей мастэктомии по Пэйти) или радикальной резекции в сочетании с лучевой терапией. При местно-распространенных формах рака (IIб, IIIa и IIIб стадии) целесообразно проводить комбинированное и комплексное лечение, отказ от которого является лечебной ошибкой.

Анализ статистических данных онкологических диспансеров РСФСР, проведенный сотрудниками МНИОИ им. П. А. Герцена и НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова, показал, что, к сожалению, далеко не везде выполняются рекомендации МЗ СССР по лечению больных раком молочной железы в зависимости от стадии заболевания [Березкин Д. П. и др., 1986]. Комплексное лечение было проведено только 26,6% больным, хотя число больных раком IIIб стадии, нуждавшихся в таком лечении, было значительно больше — 38%. Если к тому же учесть, что одно-

годичная летальность (12,4%) превышает число больных раком IV стадии, то становится ясным, что больных, нуждавшихся в комплексном лечении, было еще больше, а отказ от него являлся тактической ошибкой.

Ошибки при составлении плана лечения связаны с тем, что трудно определить распространенность процесса, или стадию рака. Анализ 2000 наших наблюдений показал, что среди больных, у которых метастазы в подмышечных лимфатических узлах клинически не определялись, при гистологическом исследовании операционного препарата они обнаружены у 32% (гиподиагностика). Наоборот, у 20% больных отмечена клиническая гипердиагностика метастатического поражения лимфатических узлов, которые оказались интактными. По данным литературы, частота клинической гиподиагностики поражения лимфатических узлов колеблется от 20 до 73%, а гипердиагностика инвазии рака в лимфатические узлы несколько меньше — от 5 до 38%. Проблема достоверного распознавания регионарного метастазирования до начала лечения еще не решена из-за несовершенства диагностических методов. В связи с этим только гистологическое исследование операционного препарата позволяет установить истинную местную распространенность опухолевого процесса, но при условии, если операции не предшествовало лучевое лечение или химиотерапия.

Обычно, если не выявлено регионарное метастазирование и первичная опухоль небольшого размера, лечение начинают с операции. После гистологического установления одиночных (IIб) или множественных (IIIб) пораженных раком лимфатических узлов дополнительные методы лечения применяют только после операции в виде комбинированного или комплексного лечения (химиогормональное и лучевое воздействие).

Доминирующее положение в лечении больных раком молочной железы занимает хирургический метод. На молочной железе могут быть выполнены операции разного объема. Если при узловой форме и небольших размерах первичной опухоли, расположенной в наружных отделах молочной железы, допустима органосохраняющая операция, то при диффузных формах рака без четко определяемой границы опухоли выполнение радикальной модифицированной мастэктомии по Пэйти является лечебной ошибкой, так как при этом явно нарушается принцип радикализма операции. В таких случаях предпочтительнее операция Холстеда.

Клинический опыт показал, что при выполнении радикальной мастэктомии следует предпочесть поперечный разрез вертикальному, так как при его применении не возникают осложнения в виде краевых некрозов раны, отмечается лучший косметический эффект и не проявляется постмастэктомический синдром (лимфоотек руки, явления нейроплексита).

Ошибки при выполнении радикальной мастэктомии заключаются в недостаточно тщательном выделении всей клетчатки

в подмышечной и подключичной области, а также в том, что в ране оставляют незамеченные мелкие метастатические узлы. Чаще такие ошибки допускают хирурги в стационарах общей лечебной сети, не имеющие достаточного опыта выполнения, казалось бы, по мнению хирурга, простой операции — радикальной мастэктомии. Нередко допущенные ошибки вскоре обнаруживают, когда больные поступают в онкологический стационар с уже пальпируемыми метастазами в подмышечной области на стороне операции. Иллюстрацией изложенного выше служит следующее клиническое наблюдение.

Больная Н., 36 лет, случайно обнаружила уплотнение величиной с вишню в наружных отделах левой молочной железы. Сразу обратилась к хирургу, который после осмотра установил узловую мастопатию и направил больную к онкологу. Онколог поликлиники также на основании результатов одного клинического осмотра без дополнительного исследования — маммографии и цитологического исследования пунктата из новообразования — направил больную в хирургический стационар городской больницы с диагнозом фиброаденомы. В стационаре дообследование не было проведено. С предоперационным диагнозом фиброаденомы 2.08.86 г. больной произведена операция — секторальная резекция молочной железы. В связи с непереносимостью новокаина оперативное вмешательство выполнено под наркозом. В удаленном секторе молочной железы обнаружена опухоль до 2 см в диаметре; гистологически — инвазивный протоковый рак преимущественно скиррозного строения. Операция расширена до радикальной мастэктомии по Холстеду. Метастазы в регионарных лимфатических узлах не установлены. Когда больная проснулась после наркоза, она была шокирована, узнав об удалении молочной железы, так как до операции врач не предупредил ее о такой возможности. Учитывая I стадию заболевания, дополнительная терапия не была назначена. Во время осмотра онкологом через 1 год после операции у больной был выявлен метастатический узел в подмышечной области на той стороне, где ранее произведена радикальная мастэктомия; цитологически — метастаз рака с дистрофией клеток. Больная направлена в МНИОИ им. П. А. Герцена, где проведено комбинированное лечение — предоперационная лучевая терапия и удаление оставленной при операции Холстеда подлопаточной клетчатки с двумя пораженными метастазами лимфатическими узлами.

Подобные ошибки в диагностике и лечении больных раком молочной железы приводят к ухудшению отдаленных результатов. В. Ф. Семиглазов и соавт. (1983) показали, что 5-летняя выживаемость больных, у которых допущены ошибки в диагностике и лечении до поступлении в НИИ онкологии им Н. Н. Петрова, была вдвое ниже (37%) по сравнению с больными, получавшими первичное лечение в институте (70,8%).

Ошибки при лучевой терапии. Лучевая терапия, так же как химиогормонотерапия, в подавляющем большинстве случаев является частью комбинированного или комплексного лечения, реже, в основном у больных с запущенными формами рака, применяется как самостоятельный метод паллиативной терапии.

Многие врачи, в том числе иногда и онкологи, совершают тактические ошибки в лечении потому, что игнорируют принцип обязательного обсуждения плана лечения каждого больного в отдельности на консилиуме с участием хирурга, радиолога и

химиотерапевта. Тактика лечения, в том числе и лучевого, должна вырабатываться на основании результатов изучения факторов прогноза с учетом распространенности опухолевого процесса. Если в процессе лечения меняется представление о стадии заболевания, то правомерно изменить тактику лечения.

Цель лучевой терапии как составной части комбинированного лечения — повреждение низкодифференцированных элементов опухоли, снижение ее злокачественности, разрушение мелких, субклинических опухолевых очагов вблизи первичного новообразования или за пределами операционного поля, что способствует абластичности последующей операции. Существуют показания и противопоказания к применению лучевой терапии, которые необходимо учитывать во избежание лечебных ошибок. Лучевая терапия показана при инфильтративно-диффузных низкодифференцированных формах рака, быстрых темпах роста первичного очага, метастатическом поражении регионарных лимфатических узлов. Лучевую терапию целесообразнее проводить в предоперационном периоде. Если метастазы рака в лимфатических узлах обнаруживают после мастэктомии, то лучевую терапию нужно провести в послеоперационном периоде. Не следует считать лечебной ошибкой при IIб или IIIб стадии облучение методом укрупненного фракционирования дозы до операции молочной железы и подмышечной области, а после мастэктомии надключичной и парастернальной зон, при этом значительно уменьшается длительность предоперационного периода и предотвращается развитие такого осложнения, как постлучевой эпидермит. Лучевую терапию целесообразно проводить при выполнении органосохраняющих операций на молочной железе у больных с начальными формами рака для повышения радикализма лечения.

Применение лучевой терапии дополнительно к радикальной мастэктомии у больных раком молочной железы I и IIа стадии неоправданно. Клинический опыт показал, что при этих стадиях рака лучевая терапия не повышает 5-летнюю выживаемость больных [Дымарский Л. Ю., 1980; Дрыжак В. И., 1983; Баженова А. П. и др., 1985].

Общими противопоказаниями к проведению лучевой терапии, не всегда устанавливаемыми на практике, являются: нарушения кроветворения (лейкопения, тромбоцитопения, анемия), кахексия, тяжелые формы диабета, сопутствующие заболевания, сопровождающиеся выраженной сердечно-сосудистой, легочной, почечной недостаточностью, заболевания центральной нервной системы, местные изменения кожи молочной железы в виде экземы, гнойных процессов, раковых язв.

Возможны ошибки и в процессе проведения лучевой терапии. К ним относятся: нечеткое разграничение полей облучения, приводящее к переоблучению этих зон, недостаточная защита плечевого сустава, большой интервал (1—1,5 мес и более) между окончанием облучения и мастэктомией, что приводит к во-

возобновлению роста наиболее агрессивных элементов опухоли, пренебрежение мерами профилактики угнетения гемопоэза, из-за чего лучевая терапия чрезмерно затягивается или вообще не может быть завершена в требуемых дозах. Радиолог должен постоянно помнить о возможности подобных ошибок и своевременно предупреждать их возникновение.

Поздние постлучевые осложнения чаще связаны с ошибками, допущенными при первичном лечении больных. К ним относятся: осложнения со стороны легких в виде пневмонитов и пневмосклерозов, лучевые повреждения костей (головки плечевой кости, ключицы, ребер), иногда с их патологическими переломами, возможен отек верхней конечности после массивной лучевой терапии, который чаще наблюдается у тучных больных. Отечность усиливается при воспалительных явлениях в послеоперационной ране. По данным разных авторов, отек верхней конечности различной степени выраженности при проведении лучевой терапии возникает чаще (у 30—50% больных), чем при выполнении только хирургического вмешательства (у 9—10%) [Дымарский Л. Ю., 1980].

Ошибки при химио- и гормонотерапии. Ошибки возникают в том случае, если не учитываются показания и противопоказания к химиотерапии и нарушаются правила ее проведения. Химиотерапия показана при генерализованных формах рака молочной железы как составная часть комплексного или как самостоятельный метод паллиативного лечения. При операбельном местно-распространенном раке IIб, IIIа и IIIб стадии химиотерапия может быть применена как составная часть радикального лечения. Она более эффективна у больных с яичниковой и тиреоидной патогенетической формой рака и менее действенна у пожилых больных с надпочечниковой и инволютивной формами. Общими противопоказаниями к проведению химиотерапии служат угнетение гемопоэза, выраженная сердечно-сосудистая, легочная, почечная и печеночная недостаточность, тяжелая форма диабета, острые инфекционные заболевания, индивидуальная непереносимость химиопрепарата, аллергические реакции.

Следует помнить общие правила проведения химиотерапии злокачественных опухолей: 1) выбор химиопрепарата должен основываться на определенной избирательности и специфичности действия на каждый вид опухоли; 2) полихимиотерапия эффективнее монохимиотерапии; 3) токсическое действие не должно быть более выраженным, чем положительный эффект химиотерапии. При раке молочной железы более действенными из алкилирующих средств являются циклофосфан и тиофосфамид, из антиметаболитов — 5-фторурацил и метотрексат, из алкалоидов — винбластин и винкристин, из противоопухолевых антибиотиков — адриобластин. Отсутствующий в больнице химиопрепарат должен быть заменен аналогичным. Проведение неадекватной химиотерапии — довольно частая лечебная ошиб-

ка. Непродуманное применение химиопрепаратов, не оказывающих должного влияния на опухоль, может привести к развитию тяжелых побочных реакций и надолго задержать проведение адекватного лечения.

В настоящее время продолжается работа по совершенствованию методики химиотерапии. С целью повышения эффективности полихимиотерапии испытывают различные сочетания многих препаратов, действующих на различные фазы деления опухолевой клетки.

Интервал между курсами полихимиотерапии генерализованного рака молочной железы составляет 1—1,5 мес и определяется сроком восстановления нарушенного гемопоэза. Уменьшение этого интервала может привести к развитию глубокой и стойкой лейко- и тромбоцитопении, в связи с чем проведение химиотерапии прекращается. При увеличении интервала появляется возможность восстановления наиболее резистентных к химиотерапии опухолевых клеток.

У больных генерализованным раком молочной железы повторные курсы полихимиотерапии проводят при положительном эффекте от предыдущих и прекращают ее только при появлении признаков прогрессирования заболевания, переходя на сугубо симптоматическое лечение. Немотивированное прекращение химиотерапии является лечебной ошибкой.

При раке молочной железы гормонотерапия, проводимая в плане комплексного лечения, эффективна только у половины заболевших женщин. Чувствительность опухоли к гормонотерапии определяют по наличию в ней гормональных рецепторов (эстрогенных и прогестероновых). Проведение гормонотерапии оправдано у больных, у которых уровень эстрогенных и прогестероновых рецепторов выше 10 фмоль на 1 мг белка (рецепторположительная опухоль). У больных с рецептороотрицательной опухолью гормонотерапия неэффективна и проведение ее считается лечебной ошибкой.

Антиэстрогенный препарат тамоксифен более эффективен при комплексном лечении пожилых больных, находящихся в глубокой менопаузе. Применение антиэстрогенных препаратов (тамоксифен, зитазониум, нольвадекс) у менструирующих женщин или в менопаузальном периоде длительностью до 3 лет без предварительной овариэктомии является лечебной ошибкой.

В практике онкологических диспансеров при гормональном лечении больных раком молочной железы нередко встречается ошибка, которая заключается в выполнении овариоэктомии без назначения преднизолона или антиэстрогенных препаратов. Сразу после операции содержание эстрогенов в крови повышается вследствие усиленной компенсаторной секреции их надпочечниками, которую тормозит преднизолон, примененный в первые 4—6 мес.

Ошибки при диспансеризации больных. Эти ошибки во многом обусловлены организационными ошибками. Важны преем-

ственность при передаче документации, содержащей информацию о проведенном лечении, из стационара в онкологический кабинет городской или районной поликлиники по месту жительства больной и дальнейшее диспансерное наблюдение за ней. Нередко курсы химиотерапии после мастэктомии рекомендуют проводить в поликлинике по месту жительства больной. Несвоевременное поступление документации из стационара к районному онкологу приводит к нарушению сроков проведения такого лечения. Это относится не только к выбору оптимального режима диспансеризации, но и проведению повторных курсов адъювантной химиотерапии и реабилитационных мероприятий. Гормонотерапию в амбулаторных условиях проводят, как правило, длительно, и больные нередко нарушают режим лечения или вовсе прекращают его, если за ними не ведут должное диспансерное наблюдение. Нарушение районным онкологом регулярного диспансерного наблюдения за больным приводит к несвоевременному обнаружению метастазов рака, вследствие чего лечение таких больных начинают с опозданием. Избежать подобных ошибок можно, если четко организовать учет больных и соблюдать периодичность их обследования.

Ошибки при реабилитации больных раком молочной железы. В СССР с каждым годом увеличивается число лиц, завершивших радикальное лечение по поводу рака молочной железы и нуждающихся в реабилитации. Так, если в 1970 г. на учете состояло 130 000 больных раком молочной железы, в 1979 г. — 222 000, то в 1980 г. их число возросло до 235 000 [Напалков Н. П. и др., 1982].

Реабилитация больных раком молочной железы, а также раком других локализаций преследует три цели: 1) восстановительную — без потери трудоспособности; 2) поддерживающую — с потерей трудоспособности; 3) паллиативную — при прогрессировании заболевания. К основным принципам реабилитации относятся ее раннее начало, непрерывное проведение на всех этапах лечения и в последующем в течение всей жизни больного, комплексный характер, предполагающий участие различных специалистов — врачей, педагогов, юристов и др., составление индивидуальной программы для каждого больного, возвращение к общественно полезному труду [Герасименко В. Н., 1977]. Нарушение этих принципов приводит к ошибкам при реабилитации больных.

Раннее начало реабилитации предусматривает прежде всего щажение психики больной с момента установления диагноза. Объявление больной, что у нее обнаружена «плохая» опухоль, на этапе амбулаторного обследования является грубой врачебной ошибкой, которая может привести к отказу от лечения. Редко какое-либо заболевание вызывает у людей такой страх и отчаяние, как рак. Заподозрив рак или узнав о диагнозе, почти половина больных «впадают» в депрессию. В таком состоянии больные могут совершить ошибку, отказавшись от лечения

и «положившись на судьбу». В дальнейшем, в процессе лечения, важно уловить момент, когда у больной появляется вера во врача, и, не давая ей угаснуть, использовать ее на пользу больной.

Следует помнить, что не всегда сообщение больному о наличии у него рака является врачебной ошибкой. В тех случаях, когда больной отказывается от предложенного онкологом лечения, а его состояние и стадия заболевания позволяют надеяться на благополучный исход, Б. В. Петровский рекомендует сказать больному, что у него излечимая форма рака.

Приступая к операции, хирург должен помнить о необходимости восстановления функции плечевого пояса и верхней конечности после мастэктомии, поэтому хирургическое вмешательство нужно выполнять наиболее щадящим способом, но не в ущерб радикализму. Разрез кожи не должен проходить через подмышечную ямку, поскольку в этом случае усиливаются рубцовые изменения в области сосудисто-нервного пучка. Необходимо стремиться к заживлению послеоперационной раны первичным натяжением, так как краевые некрозы и воспалительные явления приводят к рубцовым изменениям и последующему отеку верхней конечности. Профилактикой и лечением возникшего отека должны заниматься онкологи во время пребывания больной в стационаре и на этапе последующей диспансеризации. Разъяснения больной о необходимости лечебной гимнастики, массажа, допустимой нагрузки на больную руку, приема легких мочегонных средств, рациональной диеты — это обязательный реабилитационный минимум. Врач делает ошибку, если не дает больной указаний относительно дальнейшей жизни и возможного объема работы.

Нельзя считать оправданным существующее положение, согласно которому лица, которым была произведена радикальная операция по поводу рака молочной железы, получают на ВТЭК II группу инвалидности на полгода или год и тем самым не всегда обоснованно отстраняются от трудовой деятельности. При этом нарушается привычный ритм жизни, появляется много свободного времени, что способствует появлению мрачных мыслей. Если лечение прошло благополучно и общее состояние больных остается удовлетворительным, то более раннее возвращение к профессиональной трудовой деятельности помогает им быстрее преодолеть нередко возникающее чувство ущербности и почувствовать себя полноправными членами общества.

Для женщин, перенесших мастэктомию, важное психологическое значение имеет устранение косметического дефекта. Однако производимое количество протезов молочной железы с одновременным изготовлением бюстгальтеров явно не может удовлетворить спрос на них, качество протезов нуждается в значительном улучшении. Недостаточно интенсивно и широко ведутся научные и технические разработки по изготовлению высококачественных эндопротезов молочной железы и совер-

шенствованию методик пластических операций с эндопротезированием после мастэктомии.

Ошибкой, допускаемой при реабилитации этой категории больных, следует считать необоснованное запрещение назначать им санаторно-курортное лечение. Наоборот, больной, которой проведено лечение рака молочной железы, полезно побывать на курорте. Таким больным не следует назначать только физиотерапевтические процедуры. Соответствующий режим дня, диета, прогулки, свежий воздух, купание в летний период (пребывание на солнце запрещено) как раз способствуют скорейшей реабилитации.

ГЛАВА 12

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ СРЕДОСТЕНИЯ

Первичные образования средостения занимают особое место среди онкологических заболеваний и недостаточно известны практическим врачам. «Опухоли средостения» — собирательный термин, служащий для обозначения новообразований различного генеза, происходящих из разнородных тканей и объединенных в одну нозологическую форму лишь благодаря единым анатомическим границам. В целом они имеют относительно сходные симптоматику и клиническое течение, для их распознавания применяют одинаковые методы диагностики, но тактика лечения этих опухолей различна.

В структуре онкологических заболеваний новообразования средостения составляют 3—6%, из них 60% — злокачественные опухоли.

Требованиям клиники в значительной мере отвечает классификация опухолей средостения, разработанная И. П. Дедковым и В. П. Захарычевым (1982), в которой выделены следующие группы новообразований этой локализации.

1. Первичные опухоли средостения, прежде всего новообразования вилочковой железы, а также опухоли, развивающиеся из тканей, эмбриогенетически присущих этой анатомической области, или из тканей, дистопированных в средостение при нарушении эмбриогенеза.

2. Вторичные злокачественные опухоли средостения (медиастинальная форма рака легкого, метастазы рака другой локализации и др.).

3. Опухоли органов средостения (трахея, пищевод, сердце, перикард и др.).

4. Опухоли, исходящие из анатомических структур, ограничивающих средостение (плевра, грудная стенка, позвоночник, диафрагма).

К первичным неорганным опухолям средостения относят новообразования разного происхождения: из нервной, соединительной, лимфоидной тканей, производных мезенхимы и т. д.

Морфологический принцип деления новообразований средостения положен в основу классификации, предложенной З. В. Гольберт и Г. А. Лавниковой (1963).

Важное значение в диагностике и лечении первичных новообразований средостения имеет их преимущественное топографоанатомическое распределение. В верхнем этаже переднего отдела средостения обычно встречаются тимома, лимфома, загрудинный зоб, тератома, которые необходимо дифференцировать от патологии аорты и магистральных вен, в средней — тератома и лимфома, в нижней — мезенхимальные опухоли. В заднем отделе средостения чаще всего локализуются опухоли нейрогенного и лимфогенного происхождения, а также гастроэнтерогенные кисты, в среднем отделе наиболее часто встречаются лимфомы, внутригрудной зоб, бронхоэнтерогенные кисты [Доценко А. П. и др., 1987; Авилова О. М. и др., 1987; Gue Zhigang et al., 1987, и др.].

Разнородные по генезу опухоли средостения очень схожи по своим клиническим и рентгенологическим признакам. Ранняя диагностика первичных опухолей средостения затруднена из-за скудной клинической симптоматики, и активное выявление возможно лишь при профилактических флюорографических осмотрах населения или флюорорентгенологическом исследовании органов грудной клетки у больных с другими заболеваниями. По данным МНИОИ им. П. А. Герцена, из общего числа больных с первичными новообразованиями средостения, направленных в институт для обследования и лечения, у 24,3% больных со злокачественными и 66,7% доброкачественными опухолями они были обнаружены случайно при рентгенологическом или флюорографическом исследовании.

Основная ошибка на этапе активного выявления больных с новообразованиями средостения — нарушения методики флюорографического исследования, в частности выполнение только одного снимка в прямой проекции. Однако при этой патологии наиболее информативна флюорограмма в боковой проекции, поскольку опухоли переднего средостения небольших размеров расположены срединно и на снимках в прямой проекции не выявляются, скрываясь за тенью грудины. Неквалифицированное рентгенофлюорографическое исследование и недостаточная осведомленность рентгенологов о данной патологии являются основными причинами запоздалой диагностики опухолей средостения у значительного числа больных.

Целенаправленный сбор анамнеза позволил нам установить, что жалобы не предъявляют лишь 14% больных со злокачественными и 22% с доброкачественными опухолями средостения. В связи с этим выявление на флюорограммах любой патологии средостения при отсутствии жалоб не исключает существова-

ния опухоли и должно быть поводом для направления больных на специальное обследование в клинику, лучше онкологического профиля, тем более что при дообследовании в поликлиниках общей лечебной сети установить правильный диагноз удается лишь у 1/3 из них. Причинами диагностических ошибок в этих случаях, помимо объективных трудностей, часто являются недостаточные квалификация и опыт врачей и в связи с этим неполное обследование больных.

Большинство же больных с новообразованиями средостения предъявляют те или иные жалобы. Однако клиническая симптоматика опухолей непатогномонична, многообразна, зависит от величины, локализации, скорости роста новообразования и, главное, возникающего со временем давления на те или иные органы и анатомические структуры средостения, а также их прорастания. Наиболее манифестирующим является синдром сдавления или прорастания крупных магистральных сосудов, в частности верхней полой вены, а также сердца, трахеи, главных бронхов, пищевода, нервов. Тем не менее методично собранный анамнез, тщательное физикальное обследование и рентгенологическое исследование с применением общедоступных методов представляют определенную ценность в первоначальной диагностике новообразований средостения или позволяют предположить наличие у больного опухоли данной локализации. Вместе с тем, по данным литературы, не менее половины таких больных поступают в специализированные отделения не ранее чем через 3—6 мес от момента появления первых симптомов заболевания и обнаружения на рентгенограммах патологических изменений в средостении [Дедков И. П., Захарычев В. Д., 1982; Ганул А. В., 1988; Lisner G., Sommer K., 1983; Boreely M., 1985].

По материалам МНИОИ им. П. А. Герцена, длительное обследование, наблюдение или ошибочное лечение больных с опухолями средостения привело к отсрочке их целевой госпитализации до 3 мес в 28,6% наблюдений, на 3—6 мес — в 14,3%, 6—12 мес — в 35,7% и более чем на 1 год — в 21,4%. На этапе первичного обследования больных в учреждениях общей лечебной сети правильный диагноз опухоли средостения был установлен лишь у 34,4% больных (табл. 12.1).

Причинами установления ошибочного диагноза являлись прежде всего неправильная трактовка рентгенологических данных (23,6%), неполное обследование (34,3%) и неправильная оценка результатов клинического обследования (37,1%). При этом предрасполагающими факторами в 55,8% случаев служили низкая онкологическая настороженность и недостаточное знание данной патологии.

Ошибки рентгенологов общей лечебной сети на этапе первичного обследования больных, предъявляющих те или иные жалобы, в 50% случаях обусловлены неполноценностью рентгенологического исследования. В 36,7% случаях диагноз основывался только на результатах флюорографии, в 45,7% — лишь

Таблица 12.1

Частота ошибочных диагнозов, установленных у больных с опухолями средостения в учреждениях общей лечебной сети *(в процентах)*

Диагноз направления	Диагноз опухоли средостения	
	злокачественная	доброкачественная
Опухоль средостения	27,1	44,4
Пневмония, туберкулез	34,3	11,5
Бронхит, грипп, ОРВИ	8,6	7,0
Аллергия	4,3	—
Невралгия	6,0	4,1
Неясен	11,1	21,8
Патологии не выявлено	5,7	7,4

рентгенографии. Томография, особенно в двух проекциях, проведена лишь 4,3% больным. Наиболее тревожным фактом является то, что у 14,3% больных, которым был установлен ошибочный диагноз и проводилось неправильное лечение, выполнено только клиническое обследование. В какой-то степени обобщающим примером может служить следующее клиническое наблюдение.

Больная 39 лет поступила в отделение легочной онкологии МНИОИ им. П. А. Герцена 15.07.85 г. В январе 1984 г. при профилактической флюорографии органов грудной полости у нее были выявлены изменения, расцененные как увеличенные лимфатические узлы корня левого легкого. Был установлен ошибочный диагноз «туберкулезный лимфаденит», в связи с чем больной в течение года проводили антибактериальную терапию. Отсутствие положительной рентгенологической динамики побудило направить ее к онкологу.

При поступлении состояние больной удовлетворительное, жалоб не предъявляет. Рентгенологически в верхнем этаже переднего средостения, больше справа, определяется тень новообразования с четкими наружными контурами размером примерно 8×8 см (рис. 12.1, а, б). Трансторакальная пункция позволила морфологически верифицировать диагноз злокачественной опухоли, но гистогенез ее не был установлен. 25.07.85 г. выполнена переднебоковая торакотомия слева. Из переднего средостения удалена инкапсулированная опухоль, при гистологическом исследовании оказавшаяся гранулематозной тимомой. После операции проведено химиолучевое лечение. Через 4 года, в августе 1989 г., проведен контрольный осмотр: состояние пациентки хорошее, признаков рецидива заболевания не выявлено.

В данном наблюдении низкая квалификация рентгенологов и недостаточная онкологическая настороженность клиницистов явились причиной установления ошибочного диагноза и проведения необоснованно длительного противотуберкулезного лечения. Адекватная противоопухолевая терапия начата с опозданием на 18 мес.

Приведенное и многочисленные другие наблюдения позволяют сделать вывод, что основная задача врачей общей лечеб-

ной сети — установить хотя бы ориентировочный диагноз новообразования средостения и незамедлительно направить такого больного в торакальное отделение. Гипердиагностика на данном этапе не имеет столь важного значения, поскольку в специализированном учреждении всегда удается установить правильный диагноз.

Применяемые в специализированных торакальных отделениях современные методы диагностики позволяют получить исчерпывающую информацию о возникших патологических изменениях, включая новообразования в средостении. Наиболее информативными и обязательными методами являются многопроекционная рентгеноскопия, рентгенография в двух проекциях и томография. Дополнительные сведения, иногда имеющие решающее значение, дают компьютерная томография, ультразвуковое исследование, радионуклидное исследование с ^{67}Ga, ^{51}Co-блеомицином, ангиография, нижняя лимфография, бронхологическое исследование, трансторакальная пункция, медиастиноскопия или парастернальная медиастинотомия и т. д. [Тодуа Ф. И., Нуднов Н. В., 1985; Hans J., 1985; Schwarts E., 1986].

Комплексное обследование с использованием необходимых из перечисленных методов исследования, как правило, позволяет избежать диагностических ошибок. При определенном опыте и высокой квалификации торакального хирурга удается соблюсти известный принцип: «Максимум информации при использовании минимума диагностических средств». Уже при рутинном клинико-рентгенологическом обследовании с учетом данных анамнеза и результатов физикального обследования можно установить предположительный диагноз, который определяет дальнейшую тактику.

При рентгенологическом исследовании следует определить локализацию, величину, форму, контуры и структуру новообразования, а также обратить внимание на состояние окружающих органов и тканей — трахеобронхиального дерева, пищевода (контрастирование пищевода бариевой взвесью), грудины, ребер, позвонков. Например, выпячивание грудины отмечается при тератодермоидных опухолях, тимомах, аневризме аорты, узурация тел позвонков, ребер, расширение межпозвоночного отверстия или щели наблюдаются при неврогенных опухолях, выраженное смещение образования средостения при дыхании и меньше при глотании характерно для загрудинного зоба. При томографии уточняют структуру образования, его контуры, отношение к окружающим органам и тканям. Однако успех первоначальной и уточняющей диагностики в конечном итоге зависит от тщательности оценки данных, полученных при обследовании. При этом нужно помнить, что неоправданное увеличение количества клинических исследований может привести к повышению частоты диагностических ошибок [Штейншардт Ю. Н. и др., 1985]. В связи с этим следует исходить из прин-

ципа «необходимого и достаточного» и стремиться к оптимизации диагностической тактики.

Грубой ошибкой при обследовании больного в торакальном стационаре может оказаться напрасная торакотомия при патологии магистральных сосудов средостения. С помощью ангиографических методов обычно удается достоверно установить патологию сосудов и предупредить «хирургическую агрессию» в связи с первоначальным ошибочным диагнозом. В подтверждение изложенного выше приводим два клинических наблюдения.

1. Больной М., 46 лет, поступил в отделение легочной онкологии МНИОИ им. П. А. Герцена 27.06.85 г. в связи с жалобами на боли в правой половине грудной клетки и сухой кашель. В апреле 1985 г. при профилактической флюорографии органов грудной клетки у него было выявлено расширение тени верхнего отдела средостения, на основании чего у больного заподозрена опухоль, и он был направлен в институт.

При поступлении состояние удовлетворительное. Рентгенологически: расширение тени верхнего отдела средостения, больше вправо, за счет образования размером 6×7×5 см с достаточно четкими контурами, пульсирующего при многопроекционной рентгеноскопии (рис. 12.2, а, б). Заподозрена аневризма магистрального сосуда. При аортографии выявлена шаровидная аневризма правой плечеголовной артерии (рис. 12.2, в).

Причиной диагностической ошибки явилась неправильная трактовка рентгенологических данных в связи с тем, что не были использованы возможности многопроекционной рентгеноскопии.

2. Больная К., 55 лет, поступила в отделение легочной онкологии МНИОИ им. П. А. Герцена 9.07.85 г. в связи с жалобами на периодически возникающие боли в грудной клетке, слабость, одышку.

В 1969 г. была оперирована по поводу загрудинного зоба. Через 15 лет, в 1984 г., появились отмеченные выше жалобы. В областном онкологическом диспансере при рентгенологическом исследовании обнаружено расширение верхнего отдела средостения и установлен диагноз опухоли, в связи с чем больная была направлена в институт.

При рентгенологическом исследовании установлено расширение тени передневерхнего средостения в обе стороны, однако при рентгеноскопии отмечена пульсация ее контуров, больше слева (рис. 12.3, а). Заподозрена аневризма магистральных сосудов средостения. Сканирование с ^{131}I не позволило выявить патологические изменения в щитовидной железе и средостении.

При аортографии и медиастинальной флебографии установлено, что расширение тени средостения обусловлено аномальным расположением магистральных сосудов: аорты и ее плечеголовного ствола, правой плечеголовной и полой вен (рис. 12.3, б).

В данном наблюдении ошибочный диагноз можно объяснить недостаточной квалификацией рентгенологов онкологического диспансера, а также тем, что не были использованы возможности рентгенологического исследования. В связи с проведением ангиографии была устранена необходимость применения инвазивных методов морфологической верификации предполагаемой опухоли средостения.

Возможна и обратная ситуация, когда, в частности при саркоидозе Бека, ошибочно предполагают наличие аномалии или заболевания магистральных сосудов. По данным МНИОИ им. П. А. Герцена, так случилось у 5,7% от общего числа больных,

направленных в институт с уверенным диагнозом «опухоль средостения».

В тех случаях, когда на основании клинических проявлений у больного предполагают наличие опухоли средостения, заключительным этапом диагностики является морфологическая верификация новообразования с уточнением его гистогенеза и определением распространенности процесса. При опухолях передневерхнего средостения наиболее часто применяют трансторакальную пункцию с последующим цитологическим исследованием, позволяющим верифицировать диагноз у 60—90% больных [Дедков И. П., Захарычев В. Д., 1982; Ганул А. В., 1988; Wisbrod G. et al., 1986].

По нашим данным, цитологическое исследование материала, полученного при пункции средостения, позволило выявить опухоль у 86% больных: у 33,4% установить ее гистологическую форму, у 33,9% — степень дифференцировки опухолевых клеток и только у 18,7% больных диагноз новообразования верифицирован без определения его гистогенеза. У 14% больных наличие опухоли средостения не удалось подтвердить в связи с отсутствием опухолевых клеток или преобладанием клеток, характерных для сопутствующего воспалительного процесса. Результативность метода возрастает при проведении пункции под контролем компьютерной томографии и достигает 93% [Тодуа Ф. И., Нуднов Н. В., 1985].

Отрицательные результаты многократных пункций являются показанием к выполнению медиастиноскопии или парастернальной медиастинотомии [Вишневский А. А., Адамян А. А., 1977; Paziof et al., 1985, и др.]. Перечисленные хирургические методы диагностики позволяют у большинства больных установить не только гистогенез новообразования, но и распространенность процесса, т. е. опухолевую инфильтрацию клетчатки средостения и отношение опухоли к окружающим органам и анатомическим структурам. По нашим данным, необходимость в выполнении парастернальной медиастинотомии возникла у 28,6% госпитализированных больных, из них у 85% установлен гистогенез опухоли и лишь у 15% на основании результатов срочного интраоперационного гистологического исследования не удалось определить истинную природу злокачественной опухоли. В связи с этим применение диагностической торакотомии при опухолях средостения следует считать диагностической ошибкой.

При расширении тени средостения, обусловленной увеличением лимфатических узлов, информативным методом морфологической диагностики является бронхологическое исследование с транстрахеобронхиальной пункцией. К сожалению, данный метод применяют неоправданно редко, в то время как, по материалам МНИОИ им. П. А. Герцена, с его помощью удалось морфологически верифицировать характер поражения внутри-

грудных лимфатических узлов у 36,2% больных. В этом отношении поучительно следующее клиническое наблюдение.

Больная О., 27 лет, поступила в отделение легочной онкологии МНИОИ им. П. А. Герцена 8.02.85 г. в связи с жалобами на сухой кашель, кожный зуд и повышение температуры тела.

В течение 3 лет (1982—1984 гг.) ее безуспешно лечили антигистаминными препаратами по поводу выраженного кожного зуда в связи с предполагаемой аллергией. В декабре 1984 г. при проведении флюорографии выявлены увеличение тени средостения и расширение корней легких, на основании чего была заподозрена опухоль средостения, и больная направлена в институт.

При поступлении состояние удовлетворительное. Рентгенологически: расширение тени средостения в обе стороны, скорее всего обусловленное увеличением всех групп медиастинальных лимфатических узлов (рис. 12.4, а, б). Проведено бронхологическое исследование под наркозом с транстрахеобронхиальной пункцией паратрахеальных, верхних и нижних (бифуркационных) трахеобронхиальных лимфатических узлов. При цитологическом исследовании полученного материала выявлен лимфогранулематоз. Больной проведено химиолучевое лечение по радикальной программе. В настоящее время (через 5 лет) наблюдается полная ремиссия, больная работает.

При разработке плана лечения больных с новообразованиями средостения важно не только достоверно установить первичный характер опухоли, определить ее гистологическую структуру и распространенность опухолевого процесса, но и получить четкое представление о функциональном состоянии и резервных возможностях органов и систем организма больного. Наибольшее количествво ошибок обусловлено изначально неправильным диагнозом. Анализ более 300 клинических наблюдений в МНИОИ им. П. А. Герцена позволил выделить типичные для этой патологии лечебно-тактические ошибки.

1. Проведение неадекватного лечения вследствие выполнения неполноценного обследования и установления полностью ошибочного диагноза. Вследствие этого с опозданием начинают проводить необходимое специфическое лечение, что неблагоприятно сказывается на его результатах. Иллюстрацией этого может служить следующее клиническое наблюдение.

Больной Б., 39 лет, поступил в отделение легочной онкологии МНИОИ им. П. А. Герцена 4.12.85 г. в связи с жалобами на сухой кашель, слабость, потливость, повышение температуры тела, кожный зуд, похудание. Болен в течение 2 лет. В январе 1984 г. появились кожный зуд и потливость, повысилась температура тела. Обследован в районной поликлинике и противотуберкулезном диспансере. В течение 1984—1985 гг. больной был дважды госпитализирован — в терапевтический стационар и противотуберкулезный диспансер, где проводилось лечение по поводу очагового туберкулеза легких и туберкулезного лимфаденита. В связи с обнаружением в посеве крови гемолитического стафилококка возникли сомнения в диагнозе, и на расширенном консилиуме с участием онколога в октябре 1985 г. высказано предположение об опухоли средостения.

В институте при рентгенологическом исследовании наряду с посттуберкулезными изменениями в легких обнаружены увеличенные лимфатические узлы в корне левого легкого и переднем средостении (рис. 12.5, а, б). Результаты бронхологического исследования с транстрахеобронхиальной пункцией внутригрудных лимфатических узлов не позволили уточнить диагноз.

9.12.85 г. выполнена парастернальная медиастинотомия слева. При гистологическом исследовании удаленного лимфатического узла выявлен смешанноклеточный вариант лимфогранулематоза. Проведено химиолучевое лечение с хорошим непосредственным эффектом, в дальнейшем — повторные курсы химиотерапии. В настоящее время отмечается полная ремиссия, состояние больного удовлетворительное.

В данном наблюдении допущен ряд ошибок. На основании полностью ошибочного диагноза без необходимого обследования больному проведено неправильное, противовоспалительное и противотуберкулезное лечение. В связи с неправильной трактовкой клинической симптоматики осуществлялось длительное обследование во многих учреждениях (районная поликлиника, противотуберкулезный диспансер, терапевтический стационар), где нет условий для квалифицированного обследования подобных больных. Правильный диагноз злокачественной опухоли установлен с опозданием на 2 года.

2. Осуществление противоопухолевой лучевой и лекарственной терапии злокачественных опухолей средостения без уточнения их гистологической структуры. Это приводит к выраженному патоморфозу, в связи с чем даже при плановом гистологическом исследовании удаленного препарата не всегда удается определить истинный гистогенез опухоли. Приводим одно из таких наблюдений.

Больной К., 39 лет, поступил в отделение легочной онкологии МНИОИ им. П. А. Герцена 19.03.85 г. Рентгенологически: расширение тени средостения за счет опухолевого образования в его передневерхнем отделе, преимущественно слева (рис. 12.6, а, б, в). При аорто- и флебографии патологии магистральных сосудов не выявлено (рис. 12.6, г, д).

На основании клинико-рентгенологических данных установлен диагноз злокачественной опухоли переднего средостения. Результаты цитологического исследования материала, полученного при трансторакальной пункции, свидетельствовали о наличии злокачественной опухоли, скорее всего лимфомы. С 2.04 по 15.04 проведена полихимиотерапия адриабластином (суммарная доза 90 мг), циклофосфаном (1800 мг) и метотрексатом (60 мг), выраженного объективного эффекта не получено. 28.05 операция — удаление опухоли переднего средостения. При гистологическом исследовании выявлено злокачественное новообразование с лекарственным патоморфозом IV степени, что не позволило установить его гистогенез. При рентгенологическом исследовании, проведенном через 4 года после операции (рис. 12.6, е), патологии в средостении не обнаружено.

Проведение противоопухолевого лучевого или лекарственного лечения без морфологической верификации диагноза и точного установления характера заболевания является особенно грубой врачебной ошибкой. По материалам МНИОИ им. П. А. Герцена, у 14% больных, которым по месту жительства было проведено противоопухолевое лечение, после проведения уточняющей диагностики были выявлены доброкачественные нейрогенные опухоли, бронхогенные и энтерогенные кисты, тератомы, аневризма аорты.

3. Выполнение диагностической торакотомии без предвари-

тельного уточнения гистогенеза новообразования и истинной распространенности опухолевого процесса. Нерациональное использование современных методов дооперационной морфологической диагностики привело к широкому применению подобных операций. Однако необходимо избегать их выполнения, помня о том, что около 40% злокачественных опухолей средостения — системные заболевания и не требуют оперативного вмешательства [Ганул А. В., 1988], которое нередко сопровождается послеоперационными осложнениями и даже может привести к летальному исходу [Пирогов А. И. и др., 1983]. Чрезвычайно высока частота (30% и более) неоправданных пробных торакотомий в торакальных отделениях неонкологических медицинских учреждений [Кузин М. И. и др., 1983].

Поучительным в этом отношении является следующее клиническое наблюдение.

Больная М., 18 лет, поступила в отделение легочной онкологии МНИОИ им. П. А. Герцена 23.03.84 г. В октябре 1983 г. при профилактической флюорографии выявлено расширение тени средостения. Последующее обследование в медицинских учреждениях общей лечебной сети продолжалось в течение 5 мес. В торакальном отделении областной больницы на основании результатов рентгенологического исследования с томографией диагностирована опухоль средостения и без применения общедоступных методик дооперационной морфологической верификации диагноза и уточняющей диагностики 7.02.84 г. проведена пробная торакотомия. Обнаружена опухоль средостения больших размеров, интимно связанная с трахеей и верхней полой веной. Произведена биопсия. При гистологическом исследовании полученного материала выявлена тимома. Однако при консультации гистологических препаратов в МНИОИ им. П. А. Герцена этот диагноз не подтвердился. Рентгенологически: сохраняется расширение тени верхнего отдела средостения, больше вправо (рис. 12.7). При клиническом обследовании обнаружены плотные увеличенные лимфатические узлы в надключичной области справа. Поскольку повторные диагностические пункции с цитологическим исследованием не позволили уточнить гистогенез опухоли, произведена биопсия одного из узлов. При гистологическом исследовании установлен склеронодулярный вариант лимфогранулематоза. Проведено химиолучевое лечение по радикальной программе с хорошим эффектом. Ремиссия длится 5 лет, состояние больной удовлетворительное.

В данном наблюдении можно выделить ряд серьезных ошибок: во-первых, длительное и неполное обследование в учреждениях общей лечебной сети; во-вторых, неполноценное обследование больной в специализированном торакальном отделении, в частности не проведена морфологическая верификация диагноза и не установлена распространенность опухолевого процесса; в-третьих, выполнение необоснованной торакотомии; в-четвертых, неправильная интерпретация результатов гистологического исследования биоптата опухоли.

Следует еще раз повторить, что всех больных с выявленной патологией средостения необходимо направлять в специализированные онкологические учреждения, где имеются необходимые условия для установления достоверного диагноза и проведения соответствующего лечения.

Определенные трудности возникают при лечении больных со злокачественными опухолями средостения, сопровождающимися синдромом сдавления верхней полой вены. По мнению S. Sahn (1982), в таких случаях врачи допускают две основные ошибки: начинают лечение, не установив точный диагноз, либо предпринимают излишне энергичные попытки установить диагноз опухоли. Трудно полностью согласиться с таким мнением, поскольку при выраженной и нарастающей симптоматике синдрома сдавления верхней полой вены встает вопрос о немедленном противоопухолевом лечении по жизненным показаниям, т. е. об «экстренной медицинской помощи» в виде лучевой терапии или химиотерапии, даже в отсутствие гистологически верифицированного диагноза злокачественной опухоли, что в подобных случаях не является тактической ошибкой. В дальнейшем, при улучшении состояния больного, уже в процессе лечения можно попытаться провести морфологическую верификацию новообразования.

При выработке лечебной тактики иногда неоправданно большое значение придают биологическим особенностям развития новообразований средостения, особенно в тех случаях, когда диагностика основывается на анамнестических данных и длительность заболевания используют в качестве важнейшего критерия для определения характера процесса (злокачественный или доброкачественный). Однако необходимо учитывать, что трудно точно установить продолжительность периода доклинического развития опухолей средостения. При всей условности этого критерия длительное течение более характерно для доброкачественных новообразований, но при этом нельзя полностью исключить озлокачествления ранее доброкачественной опухоли и даже наличия первоначально злокачественного процесса. Так, опухоли, в частности тимомы, ограниченные капсулой, несмотря на морфологические признаки злокачественности, могут клинически характеризоваться сравнительно длительным течением и «доброкачественностью» [Демидов В. П., 1976; Дедков И. П., Захарычев В. Д., 1982; Lissner G., Sommel B., 1983; Maggi J., 1986].

При составлении плана хирургического или комбинированного лечения больных со злокачественными опухолями следует учитывать степень операционного риска и большие возможности современных методов консервативного противоопухолевого лечения. Следует признать ошибкой проведение хирургического лечения морфологически подтвержденных злокачественных лимфом средостения, включая лимфогранулематоз, в тех случаях, когда во время операции возникает необходимость в резекции жизненно важных органов и анатомических структур. Расширенные и комбинированные операции оправданы лишь тогда, когда гистогенез опухоли нельзя установить на основании результатов морфологической верификации диагноза и последний устанавливают интраоперационно.

Следует подчеркнуть, что многим больным со злокачественными опухолями средостения производят расширенные и комбинированные операции, поэтому следует признать ошибкой выполнение пробной торакотомии в связи с прорастанием опухоли на ограниченном участке в магистральные вены, перикард, легкие, нервы и т. д. Приводившиеся ранее во многих работах критерии резектабельности в настоящее время должны быть пересмотрены. Поражение органов и структур не должно служить абсолютным противопоказанием к резекции. Современные возможности оперативной техники и сосудистой хирургии позволяют произвести удаление опухоли с краевой или циркулярной резекцией магистральных сосудов средостения, легкого, перикарда и т. д.

Решение вопроса о расширенной и комбинированной операции во многом зависит от квалификации хирурга, анестезиологического обеспечения и возможностей проведения интенсивной терапии в конкретном лечебном учреждении. Здесь уместно привести слова С. С. Юдина: «Каждый хирург решает этот вопрос для себя по-своему. Одни по природной робости и осторожности станут отступать перед трудностями операции, опасаясь испортить статистику и поколебать свою репутацию, за них больной будет расплачиваться жизнью. Другие, переоценивая собственное умение, порой проявляют излишнюю храбрость и в увлечении трудностью задачи забывают, что хирургия не должна превращаться в спорт».

Особо следует подчеркнуть значение правильно выбранного оперативного доступа. Так, при злокачественных опухолях передневерхнего средостения с прорастанием органов и структур ошибкой является выполнение передней или переднебоковой торакотомии. В этих случаях оптимальный метод — срединная или Т-образная стернотомия. Данное положение наглядно иллюстрирует следующее клиническое наблюдение.

Больной Ш., 21 года, поступил в отделение легочной онкологии МНИОИ им. П. А. Герцена 22.04.87 г. На основании результатов комплексного обследования диагностирована опухоль передневерхнего средостения (рис. 12.8, а—г). Учитывая данные, полученные при рентгенологическом исследовании, не исключающие возможное прорастание опухоли в плечеголовные вены, было решено применить трансстернальный доступ. 11.05 произведена операция — Т-образная стернотомия, удаление опухоли. Вначале выполнена поперечная стернотомия на уровне второго межреберья, затем — продольная стернотомия кверху. При ревизии выявлена плотная неподвижная опухоль размером 8×5×7 см. Результаты срочного гистологического исследования биоптата дали основание заподозрить злокачественное новообразование. Начата мобилизация, установлена инфильтрация медиастинальной плевры справа. Произведена резекция плевры и диафрагмального нерва. После лигирования внутригрудных артерии и вены с большими техническими трудностями опухоль отделена от плечеголовных и верхней полой вен. Лигированы также левые внутригрудные артерия и вена. При отделении опухоли от левых плечеголовной и подключичной вен последняя травмирована, в связи с чем потребовалось наложить сосудистый шов. При гистологическом исследовании выявлена зрелая тератома с участками эпителиоидной тимомы.

В данном наблюдении именно стернотомия обеспечила необходимый доступ и явилась решающим моментом при выполнении радикальной операции.

Следует признать ошибкой проведение при злокачественных опухолях средостения только хирургического лечения. Собственный опыт и данные литературы неоспоримо свидетельствуют о большей эффективности комбинированного лечения с пред- и(или) послеоперационной лучевой терапией [Ганул А. В., 1988; Verley J. M., Hollman K. H., 1985; Wagner W. et al., 1987]. В связи с этим в тех случаях, когда проведена морфологическая верификация диагноза и установлен гистогенез злокачественной опухоли, лечение следует начинать с проведения предоперационной лучевой терапии. Оптимальным является облучение по интенсивной методике, т. е. ежедневно при разовой дозе 4 Гр и суммарной очаговой дозе 24—30 Гр. В таких случаях операцию выполняют через 10—14 дней после окончания лучевой терапии. Если гистогенез новообразования окончательно устанавливают во время операции, то облучение проводят в послеоперационном периоде по методике классического фракционирования, т. е. по 2 Гр ежедневно 5 раз в неделю, суммарная доза 40—50 Гр.

Диспансерное наблюдение за больными с опухолями средостения после радикального лечения не отличается от такового при опухолях других локализаций. Мнение, согласно которому после удаления доброкачественных опухолей средостения больные не должны находиться под динамическим наблюдением онколога, следует признать ошибочным, тем более что некоторые даже морфологически доброкачественные опухоли (мезенхимные, неврогенные, тимомы и т. д.) склонны к рецидивированию. В связи с этим отказ от диспансеризации таких больных является тактической врачебной ошибкой.

В заключение необходимо подчеркнуть целесообразность создания торакальных центров с широкими полномочиями организационного плана для проведения профилактических, диагностических и лечебных мероприятий при опухолях данной локализации.

ГЛАВА 13

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ РАКА ЛЕГКОГО

Стремительный рост заболеваемости раком легкого приобретает характер эпидемического бедствия, в связи с чем его профилактика, диагностика и лечение являются не только медицин-

ской, но и социальной проблемой. Смертность от рака легкого резко возрастает во всех странах: за последние 20 лет в США и Канаде она увеличилась в 3 раза, в Японии, Норвегии, Польше, Швеции, Австрии — в 2 раза [Stanley K. et al., 1988]. Более чем в 28 странах мира рак легкого является одной из основных причин смерти от злокачественных новообразований мужчин среднего возраста. По данным F. R. Jonston (1985), в 1984 г. от него умерло 1 млн человек во всем мире.

Прогноз при раке легкого, как и при раке других локализаций, зависит от своевременности выявления и правильности лечения заболевших. Действительно, при I стадии заболевания клинического излечения продолжительностью свыше 5 лет удается добиться у 50—70% больных, при II стадии — у 40—50% [Шулутко М. Л. и др., 1983; Maassen W. K. et al., 1984; Eschapasse H., 1987; Duriex P., 1987]. К сожалению, I—II стадия заболевания обнаруживается всего у 15—18% больных с впервые выявленным раком легкого, III стадия — у 47—52% и IV стадия — у 30%. Это приводит к тому, что радикальное лечение оказывается возможным лишь у 9,2—19,3% от общего числа заболевших, а 5-летняя продолжительность жизни не превышает 5—10% от первично зарегистрированных больных [Вагнер Р. И., Барчук А. С., 1986; L Abbe K. A., Hocy J. R., 1984, и др.]. Приведенные низкие показатели во многом являются следствием врачебных ошибок организационного и тактического характера при диагностике и лечении больных раком легкого.

13.1. ОШИБКИ НА ЭТАПЕ АКТИВНОГО ВЫЯВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ

Основным методом активного выявления больных раком легкого по-прежнему является профилактическая флюорография [Барчук А. С., 1988; Hild R. S. et al., 1984; Fontana R. S. et al., 1984, и др.]. По материалам М. И. Перельмана и Л. Е. Денисова (1986), хорошо организованная диспансеризация позволяет увеличить частоту выявления II стадии рака легкого до 32,4%, причем у $^3/_4$ обследуемых в отсутствие клинической симптоматики.

Однако в широкой медицинской практике результаты активного выявления больных с ранними формами рака легкого в целом остаются малоудовлетворительными. Общая выявляемость больных раком легкого при флюорографии колеблется от 5,1 до 29,3% [Дербикова Т. И. и др., 1985; Шелякина Т. В. и др., 1988]. Это объясняется не столько недостаточной эффективностью метода, сколько серьезными недостатками в его применении. Во-первых, для активного выявления рака легкого флюорографическое обследование всего населения неэффективно. Известно, что почти 90% больных раком легкого составляют лица старше 50 лет, тогда как более $^2/_3$ обследованных с при-

менением метода сплошной флюорографии значительно моложе. Во-вторых, установлено, что рак легкого развивается преимущественно у больных хроническими неспецифическими воспалительными заболеваниями легких (интерстициальная пневмония, пневмосклероз, бронхит и др.), с остаточными изменениями в легких после перенесенного туберкулеза, длительно (15 лет и более) и много (1—2 пачки сигарет в день) курящих лиц старше 45 лет и лиц, подвергающихся воздействию неблагоприятных производственных факторов. Именно среди этих контингентов населения следует целенаправленно искать больных раком легкого. Имеются также данные, свидетельствующие о генетической предрасположенности к раку легкого (онкологические заболевания у кровных родственников). С целью выявления рака легкого необходимо обследовать больных, ранее леченных по поводу злокачественной опухоли и находящихся под динамическим наблюдением. По материалам МНИОИ им. П. А. Герцена, у 13% из 190 больных раком легкого в стадии T1N0M0 он был второй злокачественной опухолью.

Правильно организованный скрининг с использованием флюорографии органов грудной клетки и цитологического исследования мокроты способствует выявлению рака легкого I—II стадии [Панков А. К. и др., 1982; Machida R., 1984; Durieux P., 1987; Festen J. et al., 1987; Neumann G., 1987]. Существует также иная точка зрения: проведение скрининга с помощью флюорографии не приводит к снижению смертности от этого заболевания и с экономических позиций в настоящее время неоправданно [Заридзе Д. Г., Цешковский М. С., 1988; Sciden-feld J. J., 1985; Ehglund L. A., 1986]. В действительности все зависит от правильной организации флюорографической службы. Совершенствование только организационных форм активных профилактических осмотров населения позволяет увеличить выявляемость рака легкого на 25—30% [Шелякина Т. В., 1988; Мосунова Т. Д., 1989]. С этой целью необходимо составлять картотеки полицевого учета, для того чтобы с помощью этого метода провести обследование всего организованного и неорганизованного населения курируемой территории и сформировать группы повышенного онкологического риска, которые должны подвергаться регулярным диспансерным осмотрам. При этом чрезвычайно важное значение имеет информация, получаемая с помощью анкетирования. Ограничение контингента обследуемых путем выделения из них групп повышенного онкологического риска является важным моментом правильной организации флюорографии. В группе повышенного риска выявляемость больных раком легкого в 3,5 раза выше, чем среди обследованных в общем потоке [Comino E. et al., 1982]. Лицам, отнесенным к группе повышенного риска, флюорографию необходимо проводить каждые 6 мес [Денисов Л. Е., 1987; Wilde P. et al., 1983; Pridun N., 1986; Durieux P., 1987].

При флюорографии органов грудной клетки серьезной ошиб-

кой, приводящей к снижению частоты активного выявления рака легкого, служит несоблюдение методических принципов исследования, в частности производство только одной флюорограммы в прямой проекции и попытка рентгенолога дать заключение даже при плохом качестве снимков. Согласно инструкции Министерства здравоохранения СССР по проведению медицинских профилактических осмотров населения с целью раннего выявления злокачественных новообразований, у каждого обследуемого необходимо выполнять средне- или крупноформатные флюорограммы: одну в передней и две в боковых проекциях. Внедрение в практику двухпроекционного флюорорентгенологического исследования органов грудной клетки у лиц, отнесенных к группе повышенного риска, позволило повысить частоту активного выявления рака легкого в целом с 51,6 до 59,1%, причем I—II стадии — с 42 до 76,9%, и одновременно уменьшить удельный вес IV стадии с 25,8 до 15,4% [Денисов Л. Е. и др., 1987]. При соблюдении принципа двухразового обследования этого контингента выявляемость рака легкого увеличивается в 4 раза.

Причиной низкой эффективности профилактической флюорографии в диагностике раннего рака легкого являются также ошибки в интерпретации качественных флюорограмм, связанные с недостаточной квалификацией рентгенологов. По данным Р. И. Вагнера и соавт. (1985), только у 50% больных ранние признаки рака легкого были замечены рентгенологами флюорографических станций. Ошибки в трактовке флюорограмм обусловлены наряду с ограниченностью метода в выявлении опухолей диаметром до 1 см, лимитом времени, предусмотренного для проведения анализа, и характером работы рентгенологов при изучении флюорограмм, а также отчасти снижением остроты зрения вследствие утомления [Шубин Б. М. и др., 1984]. Эффективность метода снижается из-за отсутствия у рентгенолога какой-либо информации о больном [Портной Л. М. и др., 1986].

Изложенное выше свидетельствует о необходимости создания системы автоматизации сортировки флюорограмм на две группы — «норма» и «отклонение от нормы». Кроме того, существующие структурная подчиненность флюорографических станций противотуберкулезным диспансерам, фтизиатрическая направленность флюорографии и устоявшаяся практика направления больных после флюорографического исследования в поликлинику противотуберкулезного диспансера нередко приводят к длительному неполноценному обследованию и необоснованному лечению в связи с ошибочным диагнозом «пневмония» или «туберкулез», который устанавливают у значительной части больных раком легкого. Так, согласно данным П. О. Лейта и Т. Г. Тасмута (1986), только 46% первичных больных раком легкого, выявленных при профосмотрах, поступают к онкологу через 3—4 мес, а 36% из них лишь через 6—12 мес после об-

наружения патологии в легких, обследования и лечения в противотуберкулезном диспансере. По данным литературы, около $^2/_3$ больных раком легкого подвергаются длительному обследованию и так называемому пробному лечению в лечебно-профилактических учреждениях общего профиля и противотуберкулезных диспансерах.

Примером неправильной интерпретации флюорографических данных и длительного обследования может служить следующее наблюдение.

Больная П., 44 лет, поступила в отделение легочной онкологии МНИОИ им. П. А. Герцена 23.02.87 г. В августе 1985 г. при флюорографическом исследовании органов грудной клетки впервые была обнаружена округлая тень в верхней доле левого легкого и больная была направлена в противотуберкулезный диспансер. На основании результатов только рентгенологического исследования без томографии установлен ошибочный диагноз инфильтративной формы туберкулеза и в течение продолжительного времени проводилось противотуберкулезное лечение. В связи с увеличением размеров тени в легком у больной заподозрен рак и после консультации онколога она направлена в МНИОИ им. П. А. Герцена.

При поступлении состояние удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. Рентгенологически в верхней доле левого легкого определяется округлая тень размером до 5 см, с нечеткими волнистыми контурами и полостью распада (рис. 13.1). Результаты бронхологического исследования не подтвердили предположительный диагноз периферического рака. На основании результатов трансторакальной пункции с цитологическим исследованием выявлен рак. 9.03.87 г. произведена верхняя лобэктомия. Заключительный диагноз: периферический рак верхней доли левого легкого, II стадия, T2N0M0, гистологически — бронхиолоальвеолярный рак.

Следует констатировать, что в данном наблюдении лечение больной проведено с опозданием более чем на 1,5 года вследствие отсутствия у врачей онкологической настороженности и неправильной трактовки флюорограмм рентгенологами флюорографической станции. Фтизиатры усугубили ошибку, предприняв пробное противотуберкулезное лечение без проведения обязательных исследований и консультации торакального хирурга-онколога.

С целью предотвращения подобных ошибок созданы пульмонологические комиссии, в которые необходимо направлять всех больных с впервые выявленной при флюорографии патологией легких. В состав комиссий входят высококвалифицированные специалисты — пульмонолог, торакальный хирург-онколог, фтизиатр и рентгенолог. При подозрении на опухоль больных направляют в консультативный диагностический центр, который должен создаваться на базе крупных консультативно-диагностических лечебных учреждений и руководить проведением организационных мероприятий по выявлению рака легкого в данном регионе.

Таким образом, эффективность активного выявления больных раком легкого с помощью профилактических осмотров в значительной степени зависит от их организации, соблюдения принципов флюорографического исследования, создания кон-

сультативных пульмонологических комиссий или диагностических центров для обследования больных с выявленной патологией.

В устранении ошибок на этом этапе — значительный резерв улучшения своевременной диагностики рака легкого.

13.2. ОШИБКИ В ПОЛИКЛИНИКЕ ОБЩЕЙ ЛЕЧЕБНОЙ СЕТИ

Большинство (до 90%) первично зарегистрированных больных раком легкого самостоятельно обращаются к врачам поликлиник ЛПУ и МСЧ в связи с появлением признаков заболевания. На данном этапе совершается большинство диагностических ошибок, обусловленных прежде всего недостаточным профессиональным уровнем врачей и отсутствием онкологической настороженности. Любые диагностические сомнения должны служить поводом для целенаправленного обследования больного.

На этапе первичной диагностики рака легкого обязательными методами исследования являются: многоосевая рентгеноскопия органов грудной клетки; рентгенофлюорография в двух проекциях (прямой и боковой); томография в срезе бифуркации трахеи (в боковой проекции при округлых образованиях); цитологическое исследование мокроты (5—6 анализов); бронхологическое исследование.

Только такое комплексное обследование позволяет получить достаточный объем информации для установления или отклонения клинико-рентгенологического диагноза рака легкого, своевременного распознавания заболевания и по возможности более раннего начала радикального лечения. Следует отметить, что при существующей материально-технической базе предлагаемая схема обследования может быть использована в широкой сети поликлинических лечебно-профилактических учреждений.

К сожалению, при первичном обращении к врачу рак легкого диагностируют сравнительно редко. Так, по материалам Томского научно-исследовательского института онкологии АМН СССР, у больных раком легкого при первичном обращении были ошибочно диагностированы пневмония (у 29,7%), туберкулез (у 18,3%), другие заболевания легких (у 13,6%), грипп (у 8,5%), нелегочные заболевания — миозит, остеохондроз (у 20,3%) и лишь у 9,7% больных установлен правильный диагноз [Чебуранова В. М. и др., 1982]. По данным Я. С. Бабай и соавт. (1985), из общего числа больных раком легкого при первичном обращении к терапевту поликлиники его центральная форма была заподозрена лишь у 14% и периферическая — у 27%. Установление ошибочного диагноза при первичном обращении является следствием того, что не проводят обязательное исследование — флюоро(рентгено)графию органов грудной клетки.

Приводим клиническое наблюдение, демонстрирующее достаточно характерные для данного этапа обследования больных диагностические и тактические ошибки.

Больной Б., 63 лет, поступил в отделение легочной онкологии МНИОИ им. П. А. Герцена 17.06.87 г. Считает себя больным около года: в мае 1986 г. впервые повысилась температура тела, появились кашель и общая слабость. В поликлинике по месту жительства без флюорографического исследования проведено лечение по поводу предполагаемой «респираторной инфекции» с субъективным эффектом. Через 4 мес повторно обратился с аналогичными жалобами. При рентгенологическом исследовании выявлен левосторонний плеврит, и больной был направлен в туберкулезный диспансер. Без применения обязательных методов первичной и уточняющей диагностики (бронхоскопия, плевральная пункция с цитологическим исследованием, торакоскопия, анализ мокроты и др.) установлен диагноз «туберкулезный плеврит», по поводу которого в течение 4 мес проводили антибактериальную терапию. В связи с отсутствием эффекта диагноз туберкулеза был отклонен. После консультации онколога заподозрен рак легкого и больной был направлен в МНИОИ им. П. А. Герцена.

При поступлении общее состояние удовлетворительное. Рентгенологичеслое исследование позволило выявить ателектаз нижней доли и расширение тени корня левого легкого (рис. 13.2). На томограммах четко видно сужение просвета нижнедолевого бронха и дистального отдела левого главного бронха, увеличение бронхопульмональных и прикорневых лимфатических узлов, а также узлов средостения. При бронхологическом исследовании выявлены экзофитная опухоль нижнедолевого бронха и опухолевая инфильтрация дистального отдела главного бронха. На основании результатов гистологического исследования биоптата диагностирован плоскоклеточный рак. При рентгенологическом исследовании и сцинтиграфии скелета установлены метастазы в кости. По совокупности результатов различных исследований установлен диагноз центрального рака нижней доли левого легкого IV стадии, T3N3M1. Больной признан неоперабельным.

В данном наблюдении основной ошибкой, приведшей к поздней диагностике рака легкого, явилась низкая квалификация врачей поликлиники, к которым впервые обратился больной, и противотуберкулезного диспансера, где не были использованы обязательные в таких случаях диагностические методы.

К сожалению, до сих пор объемы рентгенологического исследования в условиях поликлиники четко не регламентированы. По данным А. С. Барчука и соавт. (1988), 60% больных, направленных в консультативный диагностический центр, нуждались в дополнительном клинико-рентгенологическом или, в связи с полным отсутствием документации, полном специализированном рентгенологическом и бронхологическом исследовании. Следовательно, один из путей улучшения диагностики рака легкого — соблюдение регламентирующих правил, т. е. стандартизация объема рентгенологического и бронхологического исследования, что позволит уменьшить продолжительность обследования больных, своевременно установить характер легочного заболевания, а при подозрении на рак в кратчайший срок направить больного в специализированное учреждение (пульмонологический кабинет широкопрофильной поликлиники, консультативный диагностический центр), где с помощью мини-

мального количества диагностических средств обычно устанавливают правильный диагноз.

Большинство ошибок, отмечающихся при диагностике рака легкого в поликлинике, связаны с неправильным заключением рентгенолога, причинами которого часто являются применение неадекватной методики рентгенологического обследования онкологического больного, невнимательный анализ и неправильная интерпретация рентгенологических данных, т. е. недостаточное знание семиотики ранних форм заболевания. Так, у 31,6% больных раком легкого при первичном обращении с жалобами проведена лишь рентгеноскопия, у 39,5% выполнена одна прямая флюорограмма [Трахтенберг А. Х., 1989]. По данным Л. М. Портного и соавт. (1986), при обследовании у 25% больных выполнена рентгенография с производством одного прямого снимка и лишь у 5,4% — томография. О неполноценности рентгенологического исследования сообщают также Я. С. Бабий и соавт. (1985). Согласно их данным, только 49% больных производят томограммы, 13% — рентгенограммы в одной проекции, причем у 28% из них их качество неудовлетворительное.

Таким образом, низкий уровень диагностики рака легкого в поликлиниках ЛПУ и МСЧ обусловлен отсутствием онкологической настороженности у врачей-клиницистов; использованием основного метода диагностики — рентгенологического исследования — у ограниченного числа больных; нарушениями методики проведения такого исследования и неправильной интерпретацией рентгенологических данных; поздним направлением больных на стационарное обследование. Среди больных с различными заболеваниями легких, направленных поликлиниками для дообследования, 42% устанавливают ошибочный клинический и 49% неверный рентгенологический диагноз [Напалков И. П. и др., 1982; Кокосов А. И. и др., 1985, и др.].

13.3. ОШИБКИ В СТАЦИОНАРЕ

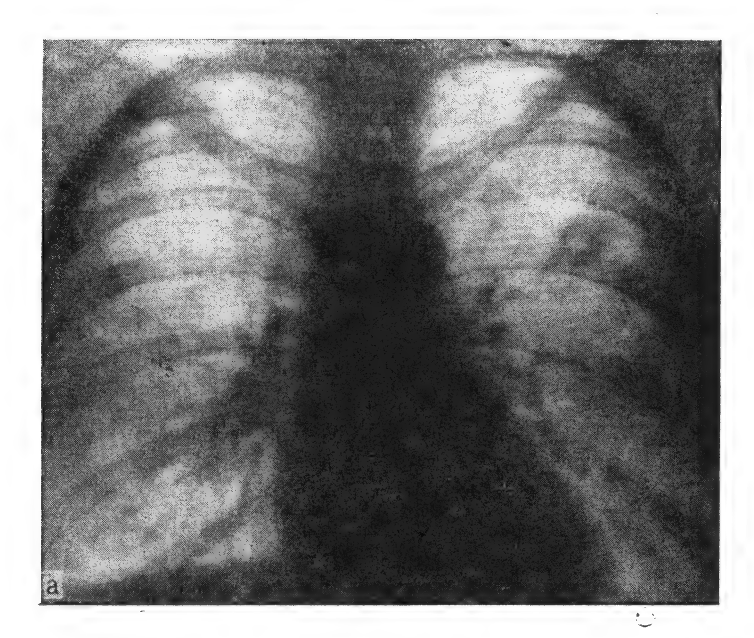
Много диагностических ошибок допускают врачи в противотуберкулезных стационарах. Основными причинами ошибок на данном этапе являются неправильная интерпретация клинических и рентгенологических данных, длительное пробное лечение по поводу предполагаемого туберкулеза легких. По материалам МНИОИ им. П. А. Герцена, более половины больных раком легкого первоначально направляют на обследование в противотуберкулезные диспансеры, где им, иногда в течение длительного времени, проводят лечение по поводу предполагаемого туберкулеза. Лишь при появлении ателектаза и увеличении внутригрудных лимфатических узлов фтизиатры отказываются от диагноза туберкулеза и предполагают рак легкого. Средняя длительность пребывания больных в стационарах противотуберкулезных диспансеров до установления диагноза рака лег-

кого колеблется от 3,2 до 8 мес. По данным Д. И. Гуля и соавт. (1982), 70% больных периферическим раком легкого в течение 3—9 мес получали противотуберкулезное лечение в связи с ошибочным диагнозом туберкулеза.

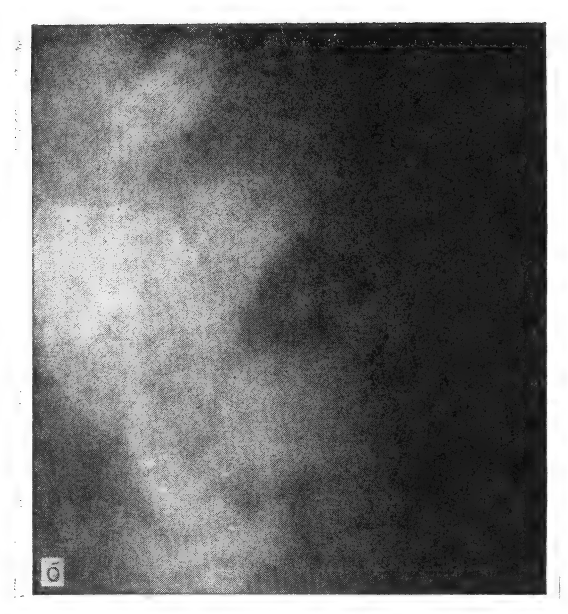
Следует обратить внимание на необходимость критической оценки роли туберкулиновой пробы при диагностике рака легкого. По данным Г. Г. Закопайло и соавт. (1981), из 102 больных раком легкого проба Манту с 2 ТЕ была положительной у 57,8%, причем у 19,6% папула была размером более 10 мм, а у 5,9% больных отмечена гиперчувствительность. На положительный характер этой пробы у больных раком легкого указывают и другие авторы, например Я. И. Пристайко и соавт. (1983), наблюдавшие положительную реакцию у 89 (32%) из 278 больных. Кроме того, у 4,4% больных раком легкого в мокроте обнаруживают микобактерии туберкулеза, что связано с деструкцией у них метатуберкулезных очагов [Слепова Р. И. и др., 1982; Юрикович М., 1984, и др.]. Эти данные должны служить предостережением от диагностических ошибок при дифференциальной диагностике рака и туберкулеза.

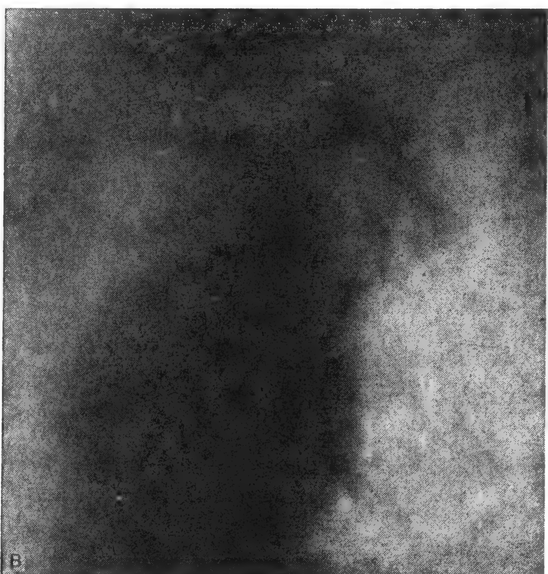
Наконец, нельзя не отметить тот факт, что все чаще отмечается сочетание туберкулеза и рака легкого — у 6,3—17% больных, находящихся на обследовании или лечении в противотуберкулезных диспансерах [Ященко Б. П. и др., 1985]. У подавляющего большинства больных (до 85%) рак легкого обычно сочетается с неактивным туберкулезом. Причинами диагностических ошибок в этих случаях являются переоценка значения туберкулиновых проб и недостаточное использование других методов диагностики: цитологического исследования мокроты, бронхоскопии, трансторакальной пункционной биопсии, а также длительное противотуберкулезное лечение без надлежащего контроля за его эффективностью.

Основными причинами неудовлетворительной диагностики в терапевтических стационарах являются недостаточное знание терапевтами особенностей клинической симптоматики центрального рака легкого и переоценка клинического эффекта противовоспалительного лечения по поводу пневмонита, ошибочно принимаемого за пневмонию. У большинства таких больных не проводят контрольное рентгенологическое исследование после, казалось бы, быстро достигнутого субъективного улучшения, при котором на рентгенограммах обычно отсутствует или же имеется отрицательная динамика. В сочетании с отсутствием онкологической настороженности это приводит к тому, что большинство больных центральным раком легкого до 4—5 раз госпитализируют в терапевтические стационары с диагнозом «пневмония» и проводят соответствующее лечение [Чебуранова В. М. и др., 1982; Фастыковская Е. Д. и др., 1985]. На этом этапе ошибкой является отказ от проведения цитологического исследования мокроты на атипические клетки и бронхоскопии [Дебрикова Т. И. и др., 1985; Вагнер Р. И. и др., 1986].

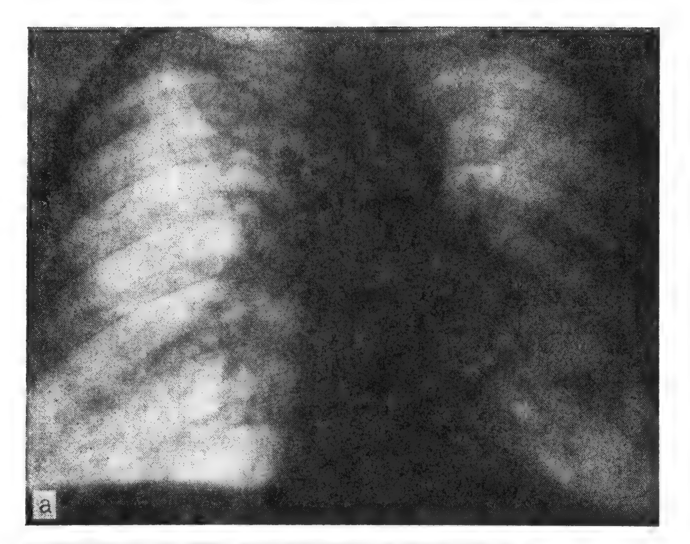


13.1. Периферический рак верхней доли левого легкого.
а — рентгенограмма в прямой проекции;





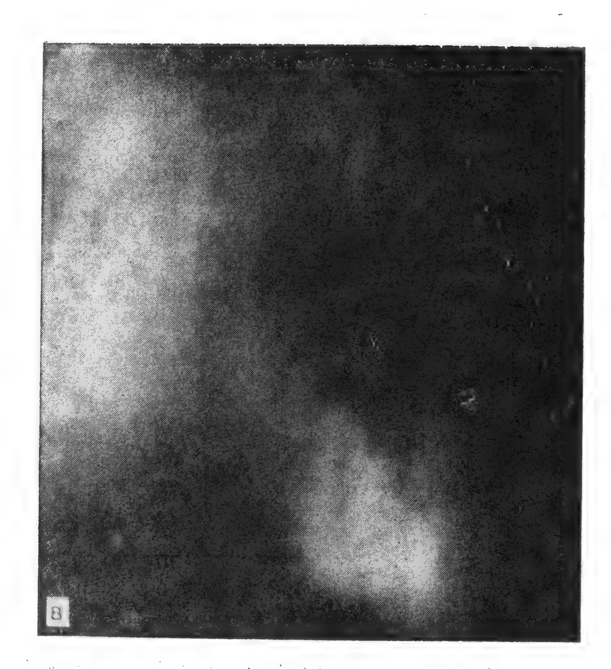
13.1. (Продолжение).
б, в — томограммы в прямой и боковой проекциях.



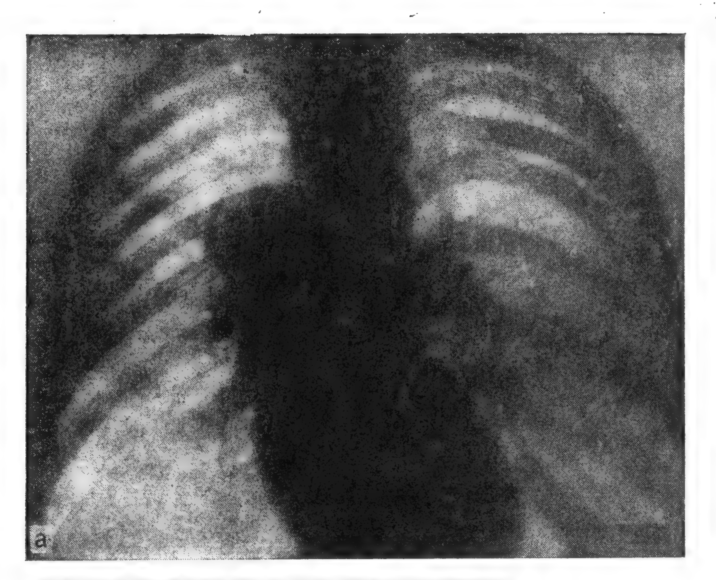


13.2. Центральный рак нижней доли левого легкого.

а, б — рентгенограммы в прямой и боковой проекциях;



13.2. (Продолжение).
в — томограмма в боковой проекции.



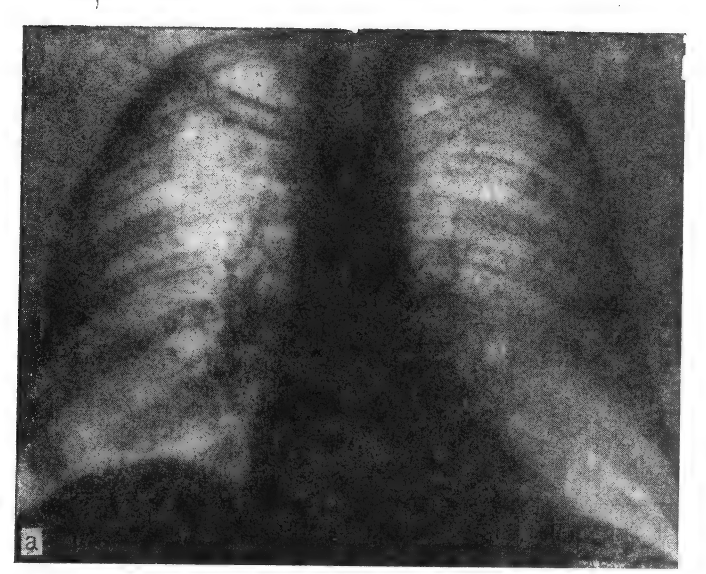


13.3. Периферический рак средней доли правого легкого.

а, б — рентгенограммы в прямой и боковой проекциях;



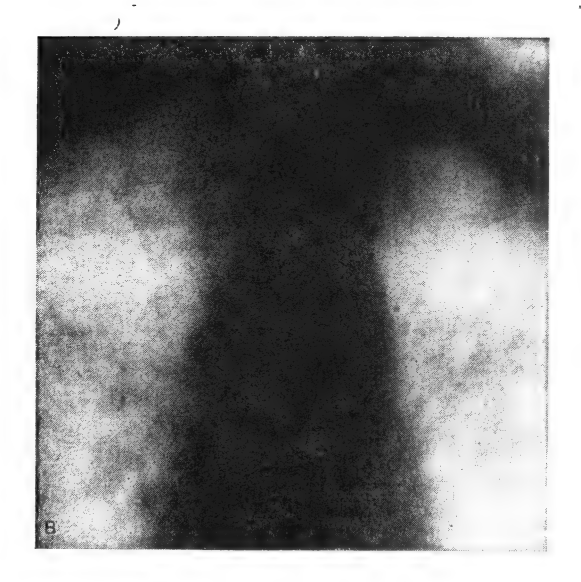
13.3. (Продолжение).
в — томограмма.





13.4. Центральный рак нижней доли правого легкого.

а, б — рентгенограммы в прямой и боковой проекциях;



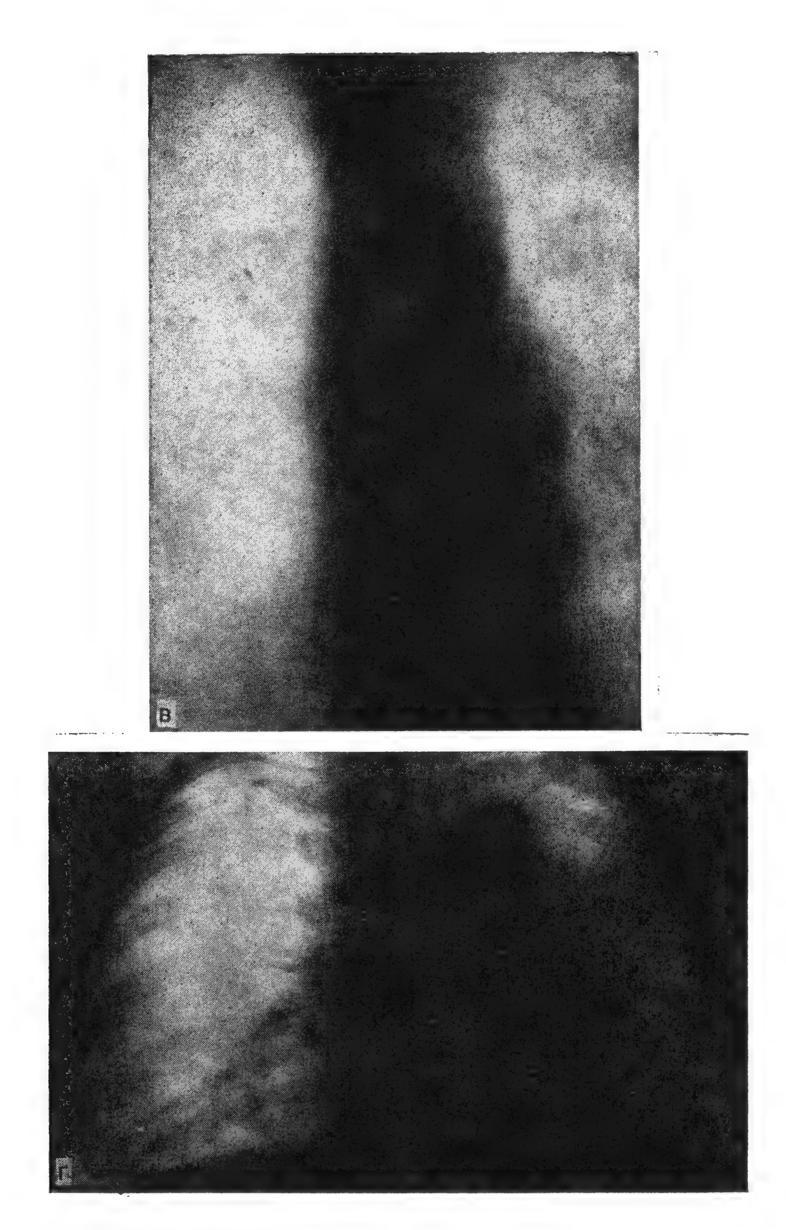
13.4. (Продолжение).
в — томограмма в прямой проекции.





13.5. Карциноид нижней доли левого легкого.

а, б, в — рентгенограммы в прямой и боковой проекциях и томограмма в прямой проекции до лечения;

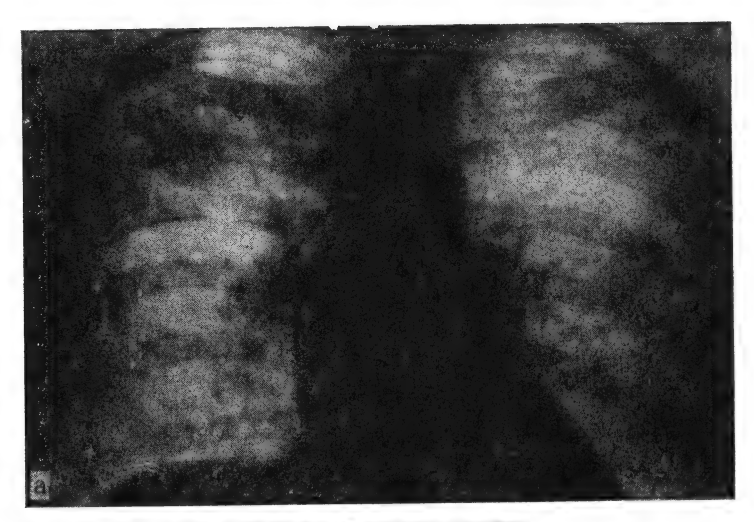


13.5. (Продолжение).

13.5. (Продолжение).
г, д, е — после лучевого лечения и полихимиотерапии.









13.6. Периферический рак нижней доли правого легкого.

а, б — рентгенограммы в прямой и боковой проекциях;



13.6. (Продолжение).

в — томограмма в прямой проекции.





15.1. Сходная рентгеносемиотика различных патологических процессов в желудке. Рентгенограммы в прямой проекции.

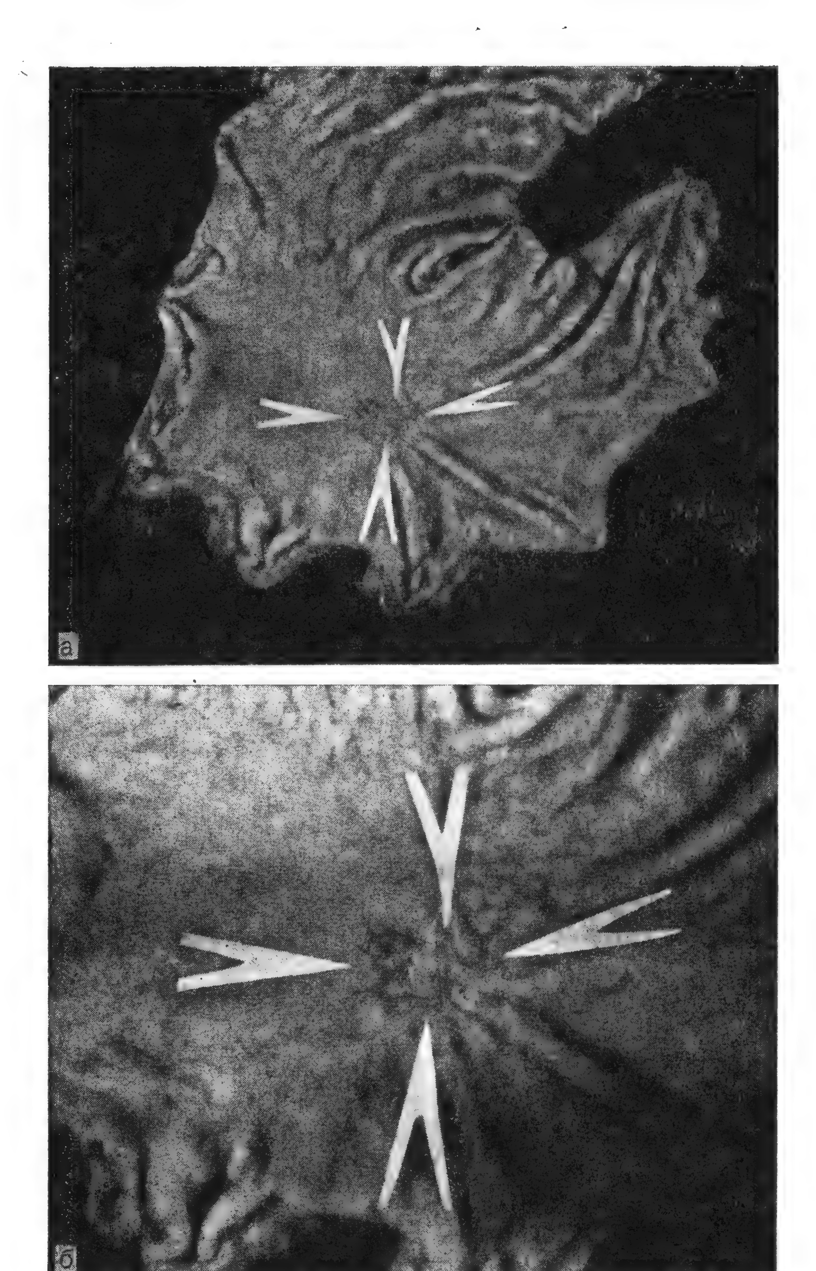
а — гипертрофический гастрит Менетрие, расцененный как рак желудка; б — рак средней трети желудка на фоне гипертрофического гастрита Менетрие;





15.1. (Продолжение).

в — рак желудка типа пластического линита; г — хронический гастрит с развитием флегмоны в верхней и средней третях желудка, расцененный как рак желудка.



15.2. Рак средней трети желудка I стадии.

а — общий вид макропрепарата (опухоль отмечена стрелками); б — большее увеличение: опухоль представляет собой поверхностное изъязвление слизистой оболочки причудливой формы.

Эффективность бронхологического исследования при центральном раке легкого чрезвычайно высока, морфологическая верификация диагноза достигает 96—98% [Лукомский Г. И. и др., 1982; Hajata J., 1983], даже при перибронхиальном раке она возможна у 92,5% больных [Падерин В. Ф., Федотов А. Б., 1984].

Основные причины неудач при бронхологическом исследовании в неонкологических стационарах — несоблюдение методики проведения бронхоскопии и получение недостаточного количества материала для цитологического или гистологического исследования. Опыт МНИОИ им. П. А. Герцена свидетельствует о высокой результативности бронхологического метода в диагностике рака сегментарных бронхов и даже периферического рака легкого. С этой целью необходимо провести тщательный осмотр всех доступных бронхов и взять материал для морфологического исследования со всех участков, где есть хотя бы незначительные изменения слизистой оболочки. К эффективным методикам получения материала относятся браш-биопсия, мазок тупфером, пункция опухоли или трансбронхиальная биопсия под рентгенологическим контролем. Морфологическое подтверждение диагноза центрального рака легкого удается получить более чем у 95% больных, рака сегментарного бронха (T1N0M0) — у 94%, периферического рака — у 64,9% больных [Максимов И. А. и др., 1986]. Бронхологическое исследование позволяет все чаще выявлять ранние стадии заболевания, включая «carcinoma in situ», микроинвазивный, т. е. доклинический рентгенонегативный рак легкого.

Одна из частых причин несвоевременного распознавания периферического рака легкого при обследовании больных, у которых обнаружены округлые тени в легких,— необоснованный отказ от применения инвазивных методов морфологической верификации диагноза (трансторакальная пункция, диагностическая торакотомия). Как известно, клинико-рентгенологические данные, результаты цитологического исследования мокроты и бронхологического исследования с прямой катетеризацией мелких бронхов под рентгенологическим контролем не позволяют у половины больных однозначно установить или отвергнуть диагноз рака. Диагностические ошибки, допускаемые на данном этапе, усугубляются тем, что нередко избирается порочная тактика длительного динамического наблюдения, которое проводят до тех пор, пока опухоль не станет рентгенологически очевидной или клиническая симптоматика не будет настолько типичной, что диагноз перестанет вызывать сомнение. К сожалению, такая ошибочная тактика нередко применяется более года и является одной из причин запущенности рака легкого, как это видно из приводимого ниже клинического наблюдения.

Больной П., 63 лет, поступил в отделение легочной онкологии МНИОИ им. П. А. Герцена 4.10.87 г. Считает себя больным с мая 1986 г., когда при флюорографическом исследовании органов грудной клетки была выявлена

округлая тень диаметром до 3 см в нижней доле правого легкого. Дообследование проводили во многих медицинских учреждениях областного города: противотуберкулезном диспансере, областной больнице, военном госпитале. На основании лишь клинико-рентгенологических данных без применения методов морфологической верификации был установлен диагноз доброкачественного образования легкого и принято решение вести за больным динамическое наблюдение. Контрольный осмотр проведен только в мае 1987 г. Увеличение размеров тени побудило заподозрить рак легкого. Прошло еще 5 мес, и больной был направлен в МНИОИ им. П. А. Герцена.

При рентгенологическом исследовании в верхушечном сегменте нижней доли правого легкого выявлены тень размером 7×6×6,5 см с бугристыми нечеткими контурами и увеличение бронхопульмональных лимфатических узлов (рис. 13.3). Результаты трансторакальной пункции и цитологического изучения пунктата подтвердили диагноз. Произведена операция (20.10.87 г.) — нижняя лобэктомия. Гистологически — плоскоклеточный умеренно дифференцированный рак; в лимфатических узлах метастазы не обнаружены. Послеоперационное течение гладкое.

Дифференциальная диагностика периферического рака легкого действительно сопряжена с определенными трудностями. Его следует отличать от доброкачественных опухолей, туберкулемы, солитарного метастаза другой локализации, шаровидной пневмонии, абсцесса, кисты и многих других заболеваний. Между тем при квалифицированном обследовании выявить и диагностировать периферический рак на основании результатов флюорографии и томографии несложно, а правильно интерпретировать полученные данные возможно при хорошем знании скиалогических признаков. Следует помнить, что распространенное мнение о преимущественно шаровидной форме периферического рака легкого относится к опухолям, диаметр которых превышает 3—4 см. При опухолях меньшего диаметра чаще всего в легочной паренхиме обнаруживают тень полигональной формы с неодинаковыми по протяженности сторонами, напоминающую звездчатый рубец. Такая тень может существовать на фоне совершенно нормальной легочной ткани и с самого начала иметь овальную форму.

Для периферического рака характерны волнистость, нечеткость, полицикличность, как бы размытость контуров тени, своеобразная лучистость вокруг нее (corona maligna). Эти признаки лучше всего выявляются на прицельных томограммах. Для рака более характерны также средняя интенсивность тени и ее прямая зависимость от размеров опухолевого узла. Однако обнаружение интенсивной тени небольшого размера вовсе не исключает диагноз периферического рака, как и наличие кальцинатов на ее фоне. В начальных стадиях заболевания тень чаще всего имеет вид инфильтрата: она малоинтенсивна, состоит как бы из двух — трех сливающихся небольших облаковидных участков и лишь по мере роста приобретает большую однородность. Небольшая интенсивность тени на рентгенограммах и выраженная на томограммах, даже при больших размерах опухоли, особенно характерна для локализованной узловой формы бронхиолоальвеолярного рака.

Незнанием упомянутых скиалогических особенностей тени раковой опухоли можно объяснить тот факт, что большинство больных с первично выявленным небольшим по размеру периферическим раком легкого долгие месяцы, а нередко и годы находятся под динамическим наблюдением (diagnosis ex observatione) или же их безуспешно лечат (diagnosis ex juvantibus) по поводу туберкулезного инфильтрата или пневмонии. Этому способствует и медленный рост опухоли. Как показали исследования, время удвоения опухоли (ВУО) при раке легкого равно в среднем 120 дням. Опухоль диаметром 1,5 см через 4 мес обычно достигает 1,8 см в диаметре, а через 8 мес — 2,1 см, что без специального измерения практически неуловимо.

Проведение динамического наблюдения с целью дифференциальной диагностики периферического рака легкого по этому критерию является тактической ошибкой, тем более что ВУО для периферического рака легкого колеблется от 27 до 240 дней [Бахмуханов С. В., 1981], а по данным некоторых авторов,— от 19 до 990 дней [Mattspon A., Holstiz R., 1980]. При плоскоклеточном раке ВУО составляет 100—146 дней, крупноклеточном — 80—111, аденокарциноме — 72—150 и мелкоклеточном раке — 30—66 дней [Kerr R., Lamb D., 1984; Heine M., 1988]. Широкий диапазон значений этого показателя исключает возможность пользоваться усредненными величинами, их применение для всей массы наблюдений окажется некорректным, и, что самое главное, при подозрении на периферический рак выжидательная тактика недопустима. В связи с этим при обнаружении в легких изменений, подозрительных на периферический рак, обязательно применение инструментальных методов морфологической диагностики, что возможно только в специализированных учреждениях, поэтому, как справедливо отмечают Л. Г. Дуков и А. И. Борохов (1988), задача врача — как можно быстрее направить таких больных к специалисту.

Опыт МНИОИ им. П. А. Герцена по применению трансторакальной пункции у больных с округлыми образованиями в легких показывает, что она является высокоинформативным методом дифференциальной диагностики, позволяющим цитологически верифицировать диагноз у абсолютного большинства больных раком легкого. Общая результативность его составляет 83,5%, причем при расположении опухоли в прикорневой зоне — 62,5%, средней — 79.1% и плащевой — 87,9%. При диаметре новообразования до 3 см (T1) результативность метода равна 79,1%, от 3,1 до 6 см (T2) — 85,1% и более 6 см (T3) — 84,4%. По данным ряда авторов, эффективность трансторакальной пункции возрастает (94,7%) при выполнении ее под контролем компьютерной томографии или ультразвукового исследования [Абрамов В. Ф. и др., 1985; Crosby J. H. et al., 1985; Khouri N. F. et al., 1986; Tao L., 1986]. По нашим данным, сочетанное применение трансторакальной пункции и бронхологического исследования позволяет провести морфологиче-

скую верификацию диагноза у 95,5% больных периферическим раком легкого.

К изложенному выше следует добавить, что при новообразованиях небольших размеров трансторакальная пункция вообще является единственным методом верификации диагноза, позволяющим у функционально неоперабельных больных своевременно провести противоопухолевое лечение. При правильном выполнении трансторакальной пункции не возникает тяжелых осложнений, поэтому ее широко применяют в медицинских учреждениях общей лечебной сети и производят даже в амбулаторных условиях.

Вместе с тем с помощью морфологического исследования не всегда удается добиться верификации диагноза периферического рака легкого. Повышение качества диагностики периферического рака легкого связывают с разработкой иммунологических, гормональных, биохимических и других методов. Использование моноклональных антител позволяет выявлять рак этой локализации в начальных стадиях [Чучалин А. Г., 1987; Tockman M. et al., 1988]. В настоящее время у этой группы больных завершающим этапом диагностики и единственным путем к морфологической верификации является торакотомия, обеспечивающая действительно раннее хирургическое лечение рака легкого.

Согласно данным P. Toomes и соавт. (1983), располагающих наибольшим опытом выполнения диагностических торакотомий (953) при округлых образованиях в легком, у 49% больных выявляются злокачественные опухоли (наиболее часто периферический рак) и у 51% — доброкачественные образования (наиболее часто опухоли и туберкулема). По материалам МНИОИ им. П. А. Герцена, среди больных, которым была произведена диагностическая торакотомия, злокачественные опухоли легкого выявлены у 48%, причем у 85% из них — периферический рак легкого. У большинства больных раком легкого (80%) были относительно ранние — I и II — стадии заболевания. Диаметр опухоли у каждого второго больного не превышал 3 см, отсутствовали регионарные метастазы, что соответствует стадии T1N0M0. Оперативное вмешательство у 89% таких больных завершилось частичной резекцией легкого.

Таким образом, у больных с округлым образованием в легком диагностическая торакотомия позволяет выявить периферический рак легкого в относительно ранних стадиях развития, у 9 из 10 больных выполнить функционально щадящие операции.

Ошибки, которые допускают врачи в торакальных отделениях неонкологических и онкологических учреждений, связаны главным образом с неправильным определением степени и характера распространения опухолевого процесса, что имеет решающее значение при составлении плана лечения каждого конкретного больного. Частота несовпадения результатов определения стадии рака легкого по системе TNM до и во время опе-

рации составляет 36,8—41% от общего числа оперируемых [Вапник Т. Н., 1985; Suemasu R. R. et al., 1987].

Предотвратить возникновение диагностических и лечебно-тактических ошибок можно, рационально используя современные методы клинического обследования больных. В связи с этим представляется целесообразным еще раз напомнить обязательные и дополнительные методы первичной и уточняющей диагностики при разных клинико-анатомических формах рака легкого.

Обязательные методы исследования. При центральном раке легкого. I. Рентгенологическое исследование, в том числе флюорография:

1) рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях (прямая и боковая);

2) контрастное исследование пищевода (для оценки состояния бифуркационных лимфатических узлов);

3) томо(зоно)графия:

а) в прямой проекции в срезе бифуркации трахеи (для оценки состояния трахеи, главных и промежуточного бронхов, а также основных групп внутригрудных лимфатических узлов),

б) корня легкого: в косых проекциях (для получения изображения верхнедолевых бронхов и их сегментарных ветвей) и боковой проекции (для получения изображения промежуточного, нижнедолевого и среднедолевого бронхов).

II. Цитологическое исследование мокроты (не менее 5—6 анализов).

III. Бронхологическое исследование с получением материала для морфологического исследования (отпечатки опухоли, смывы из бронхов, прямая биопсия, транстрахеобронхиальная пункция лимфатических узлов).

При периферическом раке легкого. I. Рентгенологическое исследование, включая флюорографию:

1) рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях (прямая и боковая);

2) контрастное исследование пищевода;

3) томо(зоно)графия: стандартная в прямой проекции (в срезе бифуркации трахеи) и прицельная в прямой и(или) боковой проекциях (в срезе патологической тени).

II. Цитологическое исследование мокроты (не менее 5—6 анализов).

III. Бронхологическое исследование (зондирование бронхов под рентгенологическим контролем, катетеризационная биопсия, транстрахеобронхиальная пункция лимфатических узлов).

IV. Трансторакальная (чрескожная) пункция опухоли.

Необходимо помнить, что клиническое, стандартное рентгенологическое и бронхологическое исследования, а также трансторакальная пункция не всегда позволяют морфологически верифицировать диагноз и достоверно установить степень распространенности опухолевого процесса. В связи с этим по

Таблица 13.1

Типичные причины диагностических ошибок на этапах выявления и обследования больных раком легкого

Флюорографическая станция	Поликлиники ЛПУ и МСЧ	Стационар (противотуберкулезный диспансер терапевтический)	Торакальное отделение	
			неонкологического учреждения	онкологического учреждения
Несоблюдение методических принципов флюорографического исследования	Недостаточная онкологическая настороженность врачей	Неполное обследование	Ошибочная оценка результатов исследования	Ошибочная оценка результатов применения дополнительных методов уточняющей диагностики
Неправильная интерпретация флюорограмм (гиподиагностика)	Неполное обследование — недостаточное применение обязательных методов диагностики (рентгенография, томография и др.)	Ошибочная оценка результатов исследования	Неправильная трактовка результатов морфологического исследования	Неправильная трактовка результатов морфологического исследования (гипер- и гиподиагностика)
	Длительное обследование и необоснованное пробное лечение (diagnosis ex juvantibus)	Отказ от применения обязательных методов диагностики (исследование мокроты, бронхоскопия и др.)	Неправильное определение распространенности опухолевого процесса	
			Недостаточное применение инструментальных и хирургических методов диагностики (трансторакальная пункция, парастериальная медиастинотомия, лапароскопия и др.	
	Динамическое наблюдение (diagnosis ex observation) при неполном обследовании	Переоценка роли серологических реакций		
		Гипер- и гиподиагностика	Отказ от проведения интраоперационной морфологической диагностики	
		Длительное пробное лечение		

показаниям применяют специальные дополнительные методы диагностики.

Дополнительные методы исследования. 1. Рентгенологическое исследование:

а) рентгеноскопия с изучением функциональных симптомов, подвижности тени по отношению к другим органам и структурам;

б) суперэкспонированная рентгенография;

в) бронхография;

г) ангиография (антиопневмонография, селективная ангиография бронхиальных артерий);

д) диагностический пневмоторакс;

е) исследование скелета грудной стенки.

2. Радионуклидные методы.

3. Хирургические методы:

а) пункция или биопсия надключичных лимфатических узлов;

б) медиастиноскопия;

в) парастернальная медиастинотомия;

г) лапароскопия или диагностическая лапаротомия;

д) диагностическая торакотомия.

Серьезные ошибки допускают при интраоперационной диагностике в торакальных клиниках неонкологического профиля при определении характера распространения рака легкого (прорастание или спаяние) на смежные органы и анатомические структуры и оценке состояния лимфатических узлов средостения прежде всего по их метастатическому поражению. При этом необходимо иметь в виду, что в этих случаях как ложноотрицательные, так и ложноположительные результаты могут иметь отрицательные последствия для больного. В частности, наш опыт показывает, что больным, которым ранее была произведена пробная торакотомия в связи с предполагаемым прорастанием опухоли в соседние органы, при осуществлении повторной операции в институте удается выполнить радикальное вмешательство — пневмонэктомию, причем гистологическое исследование препаратов нередко не подтверждает данные, полученные при предыдущей операции.

При резектабельных формах рака легкого, осложненного экссудативным плевритом, истинный характер последнего невозможно установить без цитологического исследования жидкости и(или) торакоскопии. Следует помнить, что обнаружение экссудативного плеврита у больных раком легкого, почти у половины из них не являющегося метастатическим, не должно служить поводом для отказа от хирургического лечения без предварительного цитологического исследования плевральной жидкости.

Наконец, нередкой находкой при торакотомии являются мелко- и крупноочаговые рубцовые изменения на висцеральной и(или) париетальной плевре, остающиеся после неспецифиче-

ского или туберкулезного плеврита, ошибочно принимаемые за опухолевую диссеминацию. Во избежание тактической ошибки характер этих изменений должен быть интраоперационно уточнен путем проведения срочного гистологического или цитологического исследования.

Наиболее типичные причины диагностических ошибок, возникающих на разных этапах выявления и обследования больных раком легкого, представлены в табл. 13.1.

13.4. ОШИБКИ В ЛЕЧЕНИИ

Лечение больных раком легкого должно быть индивидуализировано в зависимости от факторов, характеризующих опухолевый процесс (стадия заболевания, гистологическая структура опухоли, степень анаплазии опухолевых клеток и др.), и состояния больного, обусловленного возрастными особенностями и сопутствующими заболеваниями. Планирование лечения больных раком легкого не должно зависеть от возможностей лечебного учреждения, личного опыта и взглядов врача. При выборе метода могут помочь последние публикации, монографии и руководства, в которых представлен коллективный опыт онкологов[1]. Различные аспекты этой проблемы далеки от разрешения, в связи с чем, конечно, возникают большие трудности и лечебно-тактические ошибки.

В связи с тем что выбор оптимального метода лечения больного раком легкого — сложная и ответственная задача, следует подчеркнуть необходимость выработки лечебной тактики на специальном консилиуме с участием торакального хирурга, лучевого терапевта и химиотерапевта. Недопустимо принятие лечебно-тактических решений в отношении больного раком легкого только на уровне поликлинического онколога. Многим больным с резектабельными формами заболевания обычно назначают химиотерапию в связи с неправильной оценкой распространенности опухолевого процесса или тяжести сопутствующих заболеваний, которые, кстати, и не могут быть квалифицированно определены в амбулаторных условиях.

В связи с этим следует напомнить, что хирургический метод лечения остается наиболее эффективным при немелкоклеточных формах рака легкого. По данным литературы, 5-летняя выживаемость больных после хирургического лечения составляет в среднем 32%, после лучевой терапии — менее 10%, а после химиотерапии этот срок переживают лишь единичные больные. Вследствие этого отказ от проведения хирургического лечения должен быть серьезно аргументирован с онкологических и

---

[1] Сборник официальных инструктивно-методических указаний по вопросам организации онкологической помощи, профилактики, диагностики и лечения злокачественных опухолей и предопухолевых заболеваний. Л.: «Медицина», 1984, с. 165—168.

функциональных позиций. Этот вопрос необходимо решать при обязательном участии терапевта, анестезиолога и торакального хирурга, имеющего опыт хирургического лечения этого заболевания.

В специализированных неонкологических хирургических клиниках при составлении плана лечения не всегда учитывают распространенность опухолевого процесса, состояние внутригрудных лимфатических узлов, гистологическую структуру и степень дифференцировки опухоли. Между тем современные методы исследования, применяемые в абсолютном большинстве онкологических диспансеров и торакальных отделений, позволяют достаточно точно установить эти параметры, т. е. стадию заболевания по системе TNM и гистологическую структуру опухоли.

До сих пор продолжает дискутироваться вопрос о противопоказаниях к хирургическому лечению больных раком легкого пожилого возраста и имеющих сопутствующие заболевания, увеличивающие степень операционного и анестезиологического риска. При решении вопроса о «функциональной операбельности» нередко допускаются серьезные ошибки. Действительно, больные раком легкого — это преимущественно лица, относящиеся к старшим возрастным группам, часто страдающие ишемической болезнью сердца, артериальной гипертензией, хроническими неспецифическими заболеваниями легких, сахарным диабетом. Вероятность «функциональной неоперабельности» у них весьма высока. Однако отказ от хирургического лечения больного по этой причине должен быть очень четко обоснован и документирован, поскольку злокачественная опухоль, которую можно радикально удалить, сама по себе представляет угрозу жизни больного, по мере своего развития подчас осложняя течение имеющихся сопутствующих заболеваний в стадии компенсации. В связи с этим следует подчеркнуть, что абсолютными противопоказаниями к выполнению оперативного вмешательства при раке легкого могут быть только такие сопутствующие заболевания, которые по своей тяжести после соответствующего лечения и прогнозу для жизни конкурируют с раком легкого. В качестве иллюстрации приведем клиническое наблюдение как пример необоснованного отказа от радикального лечения больного раком легкого в связи с заболеванием сердечно-сосудистой системы.

Больной П., 57 лет, поступил в отделение легочной онкологии МНИОИ им. П. А. Герцена 7.04.87 г. в связи с жалобами на кашель, кровохарканье, общую слабость, одышку при физической нагрузке, боли в правой половине грудной клетки. Кровохарканье появилось во время лечения по поводу гипертонической болезни. При бронхоскопии диагностирован центральный рак нижней доли правого легкого, и больной был переведен в торакальное отделение областной больницы. Гипертоническая болезнь признана противопоказанием к хирургическому лечению, и больному была рекомендована консервативная противоопухолевая терапия. В онкологическом диспансере сочли

возможным направить больного в МНИОИ им. П. А. Герцена для возможного хирургического лечения.

При поступлении состояние больного удовлетворительное. Рентгеноэндоскопически подтвержден центральный рак нижней доли правого легкого III стадии T3NXM0 с распространением опухоли на среднедолевой и дистальный отделы промежуточного бронха (рис. 13.4); морфологически установлен плоскоклеточный рак. Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь II стадии, варикозное расширение вен правой голени. ЭКГ: изменения миокарда гипертрофированного левого желудочка. Функция внешнего дыхания: II степень легочно-вентиляционной недостаточности, вклад правого и левого легкого по 50%. Консилиум при участии терапевта и анестезиолога признал возможным проведение комбинированного лечения. После предоперационной лучевой терапии (суммарная очаговая доза 30 Гр) выполнена операция — нижняя билобэктомия справа. Течение послеоперационного периода гладкое. Больной выписан в удовлетворительном состоянии. При динамическом наблюдении в течение 2,5 лет рецидива и метастазов не выявлено. Через год больной приступил к прежней работе.

По данным Д. П. Березкина и соавт. (1985), 18% больных, госпитализированных в торакальное отделение онкологических учреждений, признают неоперабельными из-за сопутствующих заболеваний и преклонного возраста. Мы много раз убеждались в том, что не столько возраст больных, сколько их общее состояние и результаты функциональных исследований должны определять тактику хирурга. В связи с этим приведенные во многих монографиях абсолютные и относительные противопоказания к хирургическому лечению рака легкого, связанные с возрастом и общим состоянием организма больных, в настоящее время потеряли значение. Современные возможности анестезиологии и интенсивной терапии позволяют преодолеть нарушения функции сердечно-сосудистой, дыхательной и других систем организма, особенно при адекватной предоперационной подготовке. Подготовка больных с сопутствующей патологией расценивается как успешная, если категория операционного риска уменьшается на одну ступень по классификации, предложенной В. А. Гологорским (1982), или на 0,5 балла по классификации, разработанной Н. Н. Малиновским и соавт. (1973).

По материалам МНИОИ им. П. А. Герцена, за период с 1960 по 1972 г. среди оперированных было всего 9% больных старше 60 лет. За последние 8 лет (1981—1988 гг.), в связи с улучшением анестезиологического обеспечения и совершенствованием методов интенсивной терапии, проводимой в пред- и послеоперационном периодах, больные старше 60 лет составили более 30%, причем каждый четвертый больной был старше 70 лет. В результате уменьшения только одного показателя — «функциональной неоперабельности» — можно на 3—5% увеличить число радикально излеченных больных, что в масштабе страны составляет 3—5 тыс. человек.

Ошибки допускают и при выборе объема оперативного вмешательства. В тех случаях, когда распространенность опухолевого процесса точно не установлена, должны быть заранее продуманы порядок проведения интраоперационной уточняю-

щей диагностики и возможные отклонения от намеченного плана, которые при лечении рака легкого наблюдаются в 15—35% случаев.

В настоящее время существуют научно обоснованные показания к выбору объема операции при раке легкого. Внедрение в практику бронхопластических операций позволило пересмотреть существовавшие в 50—60-х годах установки относительно лобэктомии. Между тем в торакальных отделениях неонкологических медицинских учреждений при опухолевом процессе, ограниченном одной долей (периферический или центральный рак сегментарного либо дистального отдела долевого бронха), без регионарных метастазов или с одиночными метастазами в бронхолегочных лимфатических узлах (I—II стадия) до сих пор нередко выполняют пневмонэктомию, что следует считать тактической ошибкой. Ее основными причинами являются недостаточная квалификация хирургов (не владеют техникой бронхопластических операций), а также то, что не проводят срочное интраоперационное морфологическое исследование для верификации регионарного метастазирования.

Опыт МНИОИ им. П. А. Герцена и данные литературы свидетельствуют о том, что с онкологических позиций лобэктомия, даже в сочетании с резекцией и пластикой бронхов, не менее радикальная, а в функциональном отношении, безусловно, более выгодная операция, чем пневмонэктомия. Внедрение в практику бронхопластических операций позволило расширить показания к хирургическому лечению больных раком легкого, которым невозможно выполнить лобэктомию из-за особенностей распространения первичной опухоли (поражение устья долевого бронха) или пневмонэктомию в связи с низкими функциональными резервами организма. Удельный вес лобэктомий, по нашим данным, возрос с 41,2% в 1960—1972 гг. до 62,6% в 1980—1988 гг. При I—II стадии рака легкого более 5 лет после лобэктомии прожили 50,2%, после пневмонэктомии — 40,6% ($p > 0,05$).

В повседневной практике часто приходится решать вопрос о целесообразности хирургического лечения больных местнораспространенным раком легкого (III стадия с метастатическим поражением лимфатических узлов средостения и(или) прорастанием в соседние органы и анатомические структуры). Из них значительную часть составляют больные старше 60 лет, страдающие сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Полученные нами и другими хирургами данные убеждают в целесообразности выполнения у этих больных расширенных и комбинированных пневмонэктомий [Панков А. К., 1986; Колесников И. С. и др., 1988; Schamann M., 1987, и др.]. После таких операций более 5 лет живут 5—30% больных. Расширенные и комбинированные операции особенно оправданны при высокодифференцированном

плоскоклеточном раке без поражения медиастинальных лимфатических узлов.

У больных мелкоклеточным раком легкого III стадии методом выбора является консервативное противоопухолевое лечение (химиолучевое). Однако при осложненных формах рака легкого, сопровождающегося распадом опухоли, обильным кровохарканьем, абсцедированием в зоне ателектаза с высокой лихорадкой, когда проведение консервативного противоопухолевого лечения невозможно, а заболевание представляет непосредственную опасность для жизни больного, роль хирургического метода лечения возрастает. В таких случаях даже при мелкоклеточном раке, но в отсутствие данных, свидетельствующих об отдаленном метастазировании, показано оперативное вмешательство, чаще всего в объеме пневмонэктомии. Пассивная консервативная тактика в подобных ситуациях является тактической ошибкой.

К сожалению, во многих торакальных неонкологических отделениях при лечении местнораспространенных форм (III стадия) немелкоклеточного рака легкого обычно ограничиваются выполнением операции. В результате этого у 40—60% больных в течение первых 3 лет развивается рецидив в пределах грудной клетки, а 45% умирают от генерализации процесса без внутригрудного рецидива. Следовательно, при такой распространенности опухолевого процесса радикальность вмешательства весьма условна из-за наличия, по-видимому, субклинических метастазов до начала лечения. В связи с этим на основании данных МНИОИ им. П. А. Герцена, а также ведущих отечественных и зарубежных клиник можно считать целесообразным проводить в таких случаях комбинированное лечение. Пред- и(или) послеоперационная лучевая терапия или полихимиотерапия позволяют увеличить 5-летнюю выживаемость больных раком легкого III стадии, особенно плоскоклеточным и с метастазами во внутригрудных лимфатических узлах, на 10—14%. Вследствие этого применение только хирургического метода у больных раком легкого III стадии, составляющих около 70% от оперированных, следует считать тактической ошибкой.

В последние годы все чаще появляются публикации, посвященные клиновидным и краевым резекциям легкого при периферическом раке I стадии, т. е. при опухолях в основном размером до 3 см, иногда большего размера. Увлечение операциями такого объема в связи с простотой их технического выполнения неоправданно, поскольку в этом случае нарушается один из основных принципов онкологического радикализма при оперативных вмешательствах по поводу рака — обязательное удаление единым блоком пораженного участка органа и регионарных лимфатических узлов с окружающей их клетчаткой (принцип анатомической футлярности и зональности метастазирования).

По материалам МНИОИ им. П. А. Герцена, у каждого четвертого больного раком легкого (24,2%) с первичной опухолью, соответствующей T1, и почти у каждого второго больного (47,3%) с опухолью, соответствующей T2, имеются регионарные метастазы. В связи с этим с онкологических позиций минимальным объемом радикального оперативного вмешательства даже при раке легкого I стадии может быть только лобэктомия. Доказательством этого служат сводные данные литературы, согласно которым показатели 5-летней выживаемости больных после лобэктомии (820 операций) в 2 раза выше, чем после клиновидных резекций (701 операция),— соответственно 68 и 36%. Даже классическая сегментэктомия с раздельной обработкой элементов корня сегмента может применяться при условии полноценной ревизии и срочного морфологического исследования пульмональных, бронхопульмональных и других лимфатических узлов.

Необходимо особо отметить, что хирургическое лечение часто не проводят из-за того, что больные отказываются от операции. По сводным данным Д. П. Березкина и соавт. (1985), только среди госпитализированных в онкологические стационары такие больные составляют 22,8%. В связи с этим при ранних формах рака легкого в тех случаях, когда есть надежда на излечение, скрывать от больного истинный диагноз нельзя, это даже является тактической ошибкой. Другое дело, как о нем информировать больного. Могут быть использованы разные приемы, но в каждом конкретном случае сугубо индивидуальные. По нашему мнению, в подобной ситуации чрезвычайно важно поместить таких больных в одну палату с выздоравливающими, привлекать к беседе с ними авторитетных специалистов данного медицинского учреждения, разъяснять опасность отказа от лечения. По нашему мнению, все это создает благоприятную психологическую атмосферу и в итоге решительный настрой больного, который в конце концов соглашается на хирургическое лечение.

Лечебно-тактические ошибки могут возникнуть в связи с неправильным определением гистологического типа опухоли, в частности при дифференциальной диагностике мелкоклеточного рака легкого и карциноида. Если в первом случае, особенно при раке III стадии, методом выбора является консервативное химиолучевое лечение, то при карциноидах, особенно типичных, единственная возможность оказать радикальную помощь больному — это проведение хирургического лечения. Примером такой ошибки, которая привела к выбору неправильной лечебной тактики, может служить следующее клиническое наблюдение.

Больная Л., 59 лет, поступила в отделение легочной онкологии МНИОИ им. П. А. Герцена 5.10.88 г. в связи с жалобами на боли в грудной клетке слева. Больна с октября 1987 г., когда внезапно повысилась температура тела, появились слабость и боли в грудной клетке слева. Амбулаторно и в

терапевтическом стационаре проводили лечение по поводу предполагаемых ОРЗ и бронхита, которое не дало эффекта. В онкологическом диспансере в декабре 1987 г. рентгенологически и эндоскопически выявлены опухоль левого легкого, обтурирующая нижнедолевой бронх, и увеличенные бронхопульмональные лимфатические узлы (рис. 13.5). При гистологическом исследовании материала, полученного при биопсии опухоли, диагностирован мелкоклеточный рак. Проведена лучевая терапия в суммарной очаговой дозе на область первичной опухоли и средостения 47 Гр, а на надключичные зоны 44 Гр. В последующем проведено два курса полихимиотерапии винкристином и циклофосфаном, которая привела к возникновению лейко- и тромбоцитопении. В связи с отрицательной рентгенологической динамикой больная направлена в институт.

При поступлении состояние больной удовлетворительное. Рентгенологически выявлены гиповентиляция нижней доли и язычковых сегментов верхней доли левого легкого на почве стеноза нижнедолевого бронха, увеличение бронхопульмональных лимфатических узлов (рис. 13.6). Отрицательная рентгенологическая динамика была обусловлена основным заболеванием и постлучевыми изменениями в легочной ткани. При бронхоскопии выявлены опухолевое поражение нижнедолевого бронха и расширение шпоры верхнедолевого бронха. При пересмотре имевшихся гистологических препаратов и гистологическом исследовании биоптата, полученного при бронхологическом исследовании, проведенном в институте, диагностирован карциноид. 27.10.88 г. произведена пневмонэктомия. Макроскопически: в нижнедолевом бронхе имеется опухоль размером 3×3×2 см. Гистологически: высоко-, местами умереннодифференцированный карциноид без метастазов в регионарных лимфатических узлах.

Течение послеоперационного периода гладкое. Больная выписана 16.11.88 г. в удовлетворительном состоянии.

Большинство больных раком легкого (около 80%) к моменту установления диагноза вследствие значительной распространенности опухолевого процесса или наличия серьезных сопутствующих заболеваний оказываются неоперабельными. В связи с этим консервативная противоопухолевая терапия является для них самостоятельным видом специфического лечения. Так, по данным МНИОИ им П. А. Герцена, в РСФСР в 1988 г. хирургическое и комбинированное лучевое лечение проведено лишь 12,7% больных, лучевое — 22,4% и химиотерапия — 24,2% больных.

Приведенные показатели являются следствием того, что в практическом здравоохранении при составлении плана лечения больных раком легкого ошибочно расширяют показания к лучевой и химиотерапии и, наоборот, ограничивают показания к хирургическому и комбинированному лечению. Необоснованно часто используют лучевую или медикаментозную терапию в качестве самостоятельного метода при лечении больных с резектабельными формами рака легкого, т. е. в тех случаях, когда показано хирургическое или комбинированное лечение.

Важнейшими моментами, способствующими получению положительных результатов лучевого лечения, являются: правильное определение показаний к его проведению по радикальной или паллиативной программе; конкретизация объема облучаемых тканей; выбор полей облучения; центрация рабочего пучка. Лучевое лечение можно планировать лишь после осмотра

больного торакальным хирургом-онкологом совместно с терапевтом и анестезиологом, которые коллегиально устанавливают противопоказания к оперативному вмешательству. При правильно определенных показаниях лучевая терапия является вторым по эффективности методом после хирургического лечения. Научный поиск путей повышения ее эффективности позволил добиться заметных успехов: 5-летняя выживаемость после лучевой терапии достигает 4—12% [Павлов А. С. и др., 1979; Жаков И. Г., 1984; Buffoli A. et al., 1985; Cox J. D., 1986; Bünemann H. et al., 1987, и др.]. При I—II стадии заболевания 5-летняя выживаемость составляет 24—33%, при III — 3—10% [Hilaris B. et al., 1981; Fuwa, Nobukazu et al., 1987; Koch K. et al., 1987, и др.].

В практическом здравоохранении возможности лучевого лечения не используются в полной мере, что связано в основном с ошибками при его планировании и проведении. Частой ошибкой врачей-онкологов является необоснованный отказ от проведения лучевой терапии больному раком легкого. Опыт свидетельствует о том, что и в научно-исследовательских институтах онкологии, и в онкологических диспансерах объективная оценка показаний и противопоказаний к облучению возможна лишь на основании результатов осмотра больного врачом-радиологом. Нельзя не отметить, что накопленный за последние годы опыт позволил пересмотреть некоторые традиционные установки в отношении определения противопоказаний к лучевой терапии. К относительным противопоказаниям в настоящее время причисляют кровохарканье, распад опухоли и др.

Эффективность лучевого лечения во многом определяется рациональным выбором объема дозиметрической программы облучения, величиной разовой и суммарной доз, переносимостью лечения и развитием осложнений. Показанием к проведению лучевой терапии по радикальной программе служит локорегионарный опухолевый процесс в стадии I—III, а научно обоснованными суммарными очаговыми дозами являются 55—65 Гр при плоскоклеточном раке и 60—70 Гр при аденокарциноме [Златков А. Г., Переслегин О. И., 1985]. Цель паллиативной лучевой терапии — приостановка и частичная регрессия опухоли и метастазов, ликвидация тягостных симптомов заболевания вследствие устранения опухолевой интоксикации. Рекомендуемые для достижения этой цели дозы — от 30 до 50 Гр в зависимости от гистологической структуры опухоли. Важно отметить, что выраженный объективный эффект, достигнутый в результате проведения паллиативной лучевой терапии, иногда может служить основанием для пересмотра программы лечения и подведения радикальной дозы.

Радиологи, к сожалению, до сих пор допускают ошибки при выборе объема облучения, особенно в случае проведения радикальной лучевой терапии. Так, в зону облучения нередко не включают верхние и нижние (бифуркационные) трахеобронхи-

альные, парааортальные лимфатические узлы, а при недифференцированных опухолях — и надключичные, «дорожку» к корню легкого при периферическом раке. При центральном раке легкого в объем облучаемых тканей часто включают значительные участки легочной ткани, находящейся в состоянии гиповентиляции и ателектаза.

Избежать излишнего облучения непораженной легочной ткани можно, применяя фигурные поля облучения, соответствующие расположению первичной опухоли и зонам регионарного метастазирования. При периферических опухолях, расположенных субплеврально, во избежание повреждения нормальной легочной ткани облучение целесообразнее проводить с двух полей, в одно из которых включают и рентгенологическую «дорожку» к корню легкого.

При проведении предлучевой рентгенотопометрической подготовки грубой ошибкой является нанесение полей облучения на кожу больного под контролем рентгеновских лучей с близким кожно-фокусным расстоянием. При этом значительно увеличивается необходимый объем облучения, что приводит к возникновению различных осложнений. Необходимо обратить внимание лучевых терапевтов на строгое соблюдение способов снижения дозы облучения спинного мозга и сердечной мышцы, которые являются критическими органами при лучевой терапии больных раком легкого. При облучении с заднего грудного поля (фигурного или прямого), расположенного над позвоночником, необходимо применять свинцовый блок для экранирования спинного мозга.

При составлении дозиметрического плана крайне нежелательно располагать переднее поле слева соответственно положению сердца. Всегда можно найти другие варианты расположения полей облучения и направления пучка излучения, обеспечивающие снижение дозы на сердечную мышцу. Рентгенотопометрическая подготовка к облучению должна быть строго индивидуальной и предусматривать обязательное построение эскиза поперечного среза тела на уровне центра опухоли, по которому выбирают поля облучения, углы наклона пучков и строят весь дозиметрический план. Ошибки, допущенные при проведении предлучевой рентгенотопометрии, оказывают существенное влияние на результаты лучевой терапии.

Избежать ошибок и тяжелых осложнений при проведении лучевой терапии и выполнить намеченную программу лечения позволяет тщательный контроль за общими (включая гематологические показатели) и местными (лучевой пневмонит, эзофагит, эндобронхит) реакциями на лучевое воздействие. Всегда следует иметь в виду также возможность развития в процессе облучения распада опухоли и кровохарканья. Возникающие осложнения должны служить основанием для своевременной коррекции полей и доз облучения, а также его досрочного прекращения.

Современный уровень развития лекарственной противоопухолевой терапии не позволяет отнести ее к высокоэффективным методам лечения рака легкого. Тем не менее в структуре методов лечения данной онконозологической формы она занимает важное место, поскольку у многих больных служит единственным видом лечебной помощи. При распространенных формах мелкоклеточного рака легкого полихимиотерапия, особенно в сочетании с лучевым лечением, является методом выбора.

Недостаточное понимание задач, стоящих перед лекарственным лечением, отступление от основных его принципов служат основными причинами неправильного выбора лечебной тактики. В качестве иллюстрации приводим следующее клиническое наблюдение.

Больной А., 59 лет, поступил в отделение легочной онкологии МНИОИ им. П. А. Герцена 26.11.86 г. в связи с жалобами на кашель, кровохарканье, одышку при физической нагрузке и слабость. Болеет с мая 1986 г., когда впервые отметил в мокроте прожилки крови. При флюорографии выявлены изменения в правом легком. В противотуберкулезном диспансере в течение 2 мес проведено противотуберкулезное лечение по поводу ошибочно предполагаемой туберкулемы, которое не дало эффекта. В краевом онкологическом диспансере на основании только клинико-рентгенологических данных заподозрен периферический рак верхней доли правого легкого. Без морфологической верификации диагноза и серьезной оценки возможности проведения хирургического и лучевого лечения в сентябре — октябре 1986 г. больному проведена монохимиотерапия циклофосфаном в суммарной дозе 4 г без эффекта. По настоятельной просьбе больного он был направлен в МНИОИ им. П. А. Герцена. При поступлении общее состояние удовлетворительное. Рентгенологически в верхней доле правого легкого выявлена округлая тень до 4 см в диаметре и расширение корня правого легкого. При бронхологическом исследовании опухолевой патологии не выявлено. Произведена трансторакальная пункция. При цитологическом исследовании пунктата выявлен рак с дистрофией клеток. 10.12.86 г. выполнена операция — верхняя лобэктомия справа. В удаленном препарате опухоль до 3 см в диаметре. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак со склонностью к ороговению; метастазов в лимфатических узлах не обнаружено. Заключительный диагноз: периферический рак верхней доли правого легкого I стадии (T1N0M0).

Серьезной ошибкой является назначение химиотерапии больным немелкоклеточным раком легкого, когда еще можно применить более эффективные методы лечения — хирургическое вмешательство и(или) лучевую терапию.

Ошибочным следует считать решение о назначении лекарственного лечения в отсутствие морфологического подтверждения диагноза. Знание гистологической структуры опухоли необходимо для выбора наиболее действенных препаратов и оптимальных схем терапии. При этом, как минимум, необходимо различать мелкоклеточный рак и другие морфологические варианты опухоли (немелкоклеточный рак), характеризующиеся различной чувствительностью к разным химиопрепаратам. При немелкоклеточном раке легкого объективный эффект (резорбция опухоли более 50%) может быть получен у 25—30% больных, но полной регрессии опухоли не происходит. При мелко-

клеточном раке частичная регрессия опухоли возможна у 80—96%, полная — у 50% больных [Переводчикова Н. И., 1986].

Не соответствует существующим в настоящее время установкам назначение монохимиотерапии (за исключением злокачественного плеврита), эффективность которой значительно ниже, чем комбинации препаратов (полихимиотерапия). Не всегда верно онкологи решают вопрос о повторных курсах лечения. Их целесообразно проводить по той же схеме, что и первоначальный курс, только в тех случаях, когда получен объективный эффект после проведения первых двух курсов, в противном случае характер и схема дальнейшего лечения должны быть изменены.

При наблюдении за больными раком легкого после хирургического и комбинированного лечения врачебные ошибки связаны с нечеткой организацией диспансеризации и применением малоинформативных методов исследования. Основная цель диспансеризации лиц, перенесших радикальное лечение по поводу рака легкого, заключается в своевременной диагностике рецидива заболевания. Необходимо помнить, что успешное лечение больных, у которых возник рецидив опухоли в культе бронха и обнаружены метастазы во внутригрудных лимфатических узлах, включая повторные операции, реально возможно и позволяет многим больным продлить жизнь на 3—5 лет и более.

Ошибки в диспансеризации и в связи с этим поздняя диагностика рецидива заболевания обусловлены главным образом неполным обследованием больных. Рентгенологическое исследование обычно ограничивается флюорографией или рентгеноскопией, реже проводят рентгенографию в двух проекциях и томографию, практически не применяют бронхологическое исследование. Между тем возможности рентгенологического метода в своевременной диагностике локального рецидива весьма ограничены, даже полноценное рентгенологическое исследование эффективно только в 30% случаев. Бронхологическое же исследование, по нашим данным, позволяет выявить и морфологически подтвердить рецидив рака в культе бронха еще тогда, когда на основании результатов клинического обследования и рентгенологического исследования его нельзя даже заподозрить. Своевременно диагностировать метастазы во внутригрудных лимфатических узлах и провести лечение больных позволяют транстрахеобронхиальная пункция, выполненная во время бронхоскопии, компьютерная томография и радионуклидные методы исследования. Разумное сочетание этих методов дает возможность диагностировать внутригрудной рецидив заболевания у 90% больных.

Запоздалая диагностика рецидива заболевания во многом связана с нечеткой организацией диспансерного наблюдения. Согласно применяемой МНИОИ им. П. А. Герцена системе активной диспансеризации, контрольное комплексное обследование, включающее рентгенологическое и бронхологическое ис-

следования, в первые 2 года после операции проводят через каждые 3 мес, на 3-м году наблюдения — один раз в 6 мес и в дальнейшем ежегодно. Такая частота проведения контрольного обследования обусловлена прежде всего вероятными сроками возникновения рецидива и возможностями его своевременного выявления для проведения адекватного лечения. Так, среди больных, у которых развивается рецидив заболевания, у 69% его диагностируют в течение 1-го и у 22% — 2-го года после операции [Максимов И. А. и др., 1985]. Специфическое противоопухолевое лечение удается провести у 74% больных с рецидивами заболевания, из них повторное хирургическое или комбинированное — у 10%, лучевое или химиолучевое — у 44,8% больных. По данным А. И. Беневского (1981), после повторных операций, произведенных по поводу местного рецидива, свыше 3 лет жили 28% больных.

В проблеме рака легкого, особенно в последние годы, значительное место занимают вопросы первично-множественных опухолей. Динамическое наблюдение за больными раком легкого после радикального лечения необходимо не только для выявления и лечения рецидива заболевания, но и с целью своевременной диагностики и лечения второго возможного рака. Если длительность жизни больных после операции, произведенной по поводу рака легкого, достаточно велика, то частота появления второй карциномы достигает 8% [Smith A. et al., 1976; Jushi K. et al., 1984]. По данным B. Temeck и соавт. (1984), из 118 больных раком легкого, живших 10 лет после операции, у 27 (23%) развилась вторая злокачественная опухоль, в том числе у 19 (16,1%) — рак легкого. P. A. Dalguen (1987) приводит данные, согласно которым у 10—20% радикально оперированных больных раком легкого в ранней стадии в течение последующих 10 лет появляется новый очаг рака легкого. В связи с этим требуют особого внимания и обследования больные, которые перенесли радикальные операции по поводу злокачественных опухолей других локализаций. Диагностические и лечебные ошибки в таких случаях обусловлены тем, что трудно дифференцировать первично-множественный рак от метастазов в легких. Неправильное заключение о наличии последних служит причиной необоснованного отказа от радикального лечения. Таким больным обычно проводят паллиативное или симптоматическое лечение, после которого все больные умирают в течение первых 12 мес.

Наши многочисленные наблюдения (более 200 больных раком легкого при первично-множественных опухолях) свидетельствуют о несостоятельности такой позиции. Оперативное вмешательство позволяет продлить жизнь каждому третьему—четвертому больному еще на 5 лет и более. Так, за период с 1947 по 1988 г. в МНИОИ им. П. А. Герцена хирургическое лечение проведено более 3000 больных раком легкого, из них у 63 (2,4%) выявлены две первичные раковые опухоли в одном или

обоих легких. При метахронном развитии первично-множественных опухолей интервал между возникновением первой и второй опухолью колебался от 6 мес до 20 лет. Хирургическое вмешательство, произведенное по поводу второй опухоли в оперированном легком, позволило продлить жизнь 25% больных еще на 5 лет и более, а при двустороннем раке легких более 5 лет после операции, выполненной по поводу опухоли другого легкого, живут 37,3% больных. Аналогичные данные приводят и другие авторы [Mathisen D. J. et al., 1984; Shepherd H. P. et al., 1985].

Разработанные научно обоснованные абсолютные и относительные критерии первичной множественности рака легкого позволяют избежать названных выше ошибок и с уверенностью высказаться о природе и характере опухоли в легком при центральной форме рака. Сложности сохраняются при дифференциальной диагностике округлых теней, т. е. периферического рака и метастаза. В этой ситуации в случае отсутствия локорегионарного рецидива после лечения первой опухоли и отдаленных метастазов в других органах оправдана активная хирургическая тактика, т. е. диагностическая торакотомия с «тотальной биопсией» (клиновидная или краевая резекция легкого) и срочным гистологическим исследованием. В случае обнаружения второго первичного рака операцию расширяют до необходимого объема в зависимости от распространенности опухолевого процесса. Следует подчеркнуть, что, по нашим сведениям и данным литературы, отдаленные результаты экономной резекции, произведенной по поводу солитарных метастазов рака другого органа, вполне благоприятные: более 5 лет живут 35—53% больных [Wal H. J. et al., 1986; Swoboda L., Toomes H., 1986]. Следовательно, при динамическом наблюдении за больными раком легкого или другой локализации после хирургического (комбинированного) лечения и выявлении опухолевого поражения легкого следует придерживаться активной диагностической и лечебной тактики.

Реабилитация — неотъемлемая часть лечения больных раком легкого. Она способствует повышению уровня функциональной активности у лиц, перенесших операции. Различают три основные направления реабилитации — медицинскую, профессиональную и социальную.

В медицинской реабилитации целесообразно выделить четыре периода:

1) период предоперационной терапевтической и психологической подготовки включает медикаментозную терапию сопутствующих заболеваний, создание положительной психологической установки, настроенности больного на хирургическое лечение;

2) в операционном периоде предусматривается проведение таких мероприятий, как квалифицированная анестезия, щадящая техника оперативного вмешательства, широкое применение

(по показаниям) органосохраняющих и функционально-щадящих операций, включая бронхопластические, «хирургическая» профилактика послеоперационных осложнений (ручная обработка бронхов и т. д.);

3) послеоперационный период начинается в отделении интенсивной терапии и продолжается до выписки больного из стационара. В этот период проводят лечебные мероприятия, направленные на скорейшее восстановление жизненно важных систем организма, профилактику, распознавание и лечение осложнений. Медикаментозное лечение должно сочетаться с рациональным двигательным режимом;

4) в периоде длительной отдаленной реабилитации проводят диспансерное наблюдение за лечеными больными, которых периодически госпитализируют для проведения адаптивного лечения.

Задача профессиональной реабилитации — обучение больных, утративших трудоспособность, новым профессиям в соответствии с их функциональной активностью после операции, а социальной — реинтеграция больного в обществе и рациональное трудоустройство.

Важным звеном в структуре социально-трудовой реабилитации являются ВТЭК, освидетельствование в которых проходят около $^2/_3$ больных, оперированных по поводу рака легкого [Герасименко В. Н. и др., 1982]. К факторам, в наибольшей степени влияющим на трудоспособность, конечно, с учетом онкологического прогноза жизни, относят объем операции, возраст больного, стадию заболевания, гистологическую структуру опухоли и др. Так, после частичной резекции легкого к трудовой деятельности возвращаются 35,9—44,5%, а после пневмонэктомии — 16—28,8% оперированных больных [Трахтенберг А. Х., 1987]. Всего трудовую деятельность возобновляют в среднем 32,4—59,8% больных [Харченко В. П. и др., 1982; Дорфман М. В. и др., 1982]. Через 3 года после операции инвалидами I группы признают 6%, II группы — 38% и III группы — 56% от общего числа больных, перенесших операцию по поводу рака легкого.

Нельзя не отметить, что и на этапе социально-трудовой реабилитации больных раком легкого отмечаются серьезные ошибки. Причины расхождения между оценкой трудоспособности больных ВТЭК и реальными возможностями их реабилитации кроются в том, что при экспертизе трудоспособности учитывают в основном объем операции и профессию больного, а на такие клинические факторы прогноза, как распространенность опухолевого процесса, гистологическая структура опухоли, функциональное состояние дыхательной и сердечно-сосудистой систем, радикальность проведенного лечения, не обращают должного внимания. По нашим данным, из больных раком легкого I стадии после успешного завершения радикального лечения трудоспособными были признаны лишь 33,3%, при II стадии —

60% больных. При плоскоклеточном и железистом раке к трудовой деятельности вернулись 20% больных, а при недифференцированном, прогностически менее благоприятной форме заболевания — 42%. Учет врачами ВТЭК всех факторов прогноза позволит, по нашему мнению, увеличить число больных, которые после радикального хирургического и комбинированного лечения рака легкого смогут вернуться к социально полезному труду, тем более что 80 % обследованных нами больных, полностью завершивших лечение, были в трудоспособном возрасте (40—60 лет). Наши исследования показали, что среди инвалидов II группы работали лишь 5,9%, III группы — 66,7%, причем ²/₃ из них были рационально трудоустроены. Следовательно, в практическом здравоохранении до сих пор не разработана стройная система социально-трудовой реабилитации больных раком легкого после радикального лечения, хотя число излеченных с каждым годом заметно увеличивается. Между тем восстановление трудоспособности и снижение степени инвалидизации больных после радикального лечения не только имеет большое морально-этическое значение, но также связано с решением крупных экономических и социальных проблем.

В заключение следует отметить, что устранение ошибок в организации выявления, диагностике, планировании и проведении лечения, а также в диспансерном наблюдении за больными раком легкого позволит существенно улучшить результаты лечения этого наиболее распространенного онкологического заболевания.

ГЛАВА 14

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ РАКА ПИЩЕВОДА

Рак пищевода по количеству диагностических и лечебных ошибок — одна из самых неблагоприятных локализаций среди опухолей пищеварительного тракта. Несмотря на наличие в большинстве случаев четких симптомов заболевания, эффективных методов диагностики, разработанных и апробированных методик лучевого, хирургического и комбинированного лечения, более ²/₃ больных с впервые установленным диагнозом являются иноперабельными. Среди больных, которым проведено лечение по радикальной программе, 5-летняя выживаемость составляет 15—20% при хирургическом лечении [Петерсон Б. Е., 1972; Пирогов А. И. и др., 1983; Столяров В. И. и др., 1985] и 4—8% при лучевом [Рудерман А. И., 1979; Голдобенко Г. В., 1982;

Герасимяк В. Т., 1985]. Лишь после радикального комбинированного лечения этот показатель достигает 40% [Мамонтов А. С., 1979; Кухаренко В. М., 1989].

Рак пищевода — единственная локализация среди злокачественных опухолей пищеварительного тракта, для которой нехарактерно увеличение числа больных, стоящих на учете в онкологических учреждениях [Напалков Н. П. и др., 1982]. Это связано с тем, что большинство больных, в том числе и получавших специфическое лечение, умирают в течение 1-го года с момента установления диагноза, т. е. лечение рака пищевода у большинства больных начинают уже при значительной распространенности процесса. Это объясняется несвоевременной диагностикой и отсутствием эффективных методов лечения распространенных форм рака пищевода. С целью улучшения результатов лечения необходим анализ многочисленных ошибок, допускаемых на этапах выявления и лечения больных раком пищевода.

14.1. ОШИБКИ НА ЭТАПЕ АКТИВНОГО ВЫЯВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ

Раку пищевода присущи специфические черты, которые налагают отпечаток на характер ошибок, возникающих при его выявлении. Во-первых, рак пищевода — сравнительно редкое заболевание, поэтому не только одному врачу, но и целому коллективу лечебного учреждения не часто удается накопить достаточный опыт, чтобы иметь четкую позицию в отношении подходов к его выявлению и необходимых для этого методов. Во-вторых, рак пищевода встречается преимущественно у лиц пожилого и старческого возраста, которые относятся к так называемому неорганизованному населению и не подвергаются систематической диспансеризации. В-третьих, лица пожилого возраста, для которых характерно наличие многочисленных связанных с возрастом сопутствующих хронических заболеваний, часто не обращают должного внимания на первые симптомы рака пищевода в виде инициальной дисфагии — непостоянных неясных неприятных ощущений при прохождении пищи по пищеводу. В связи с относительно медленным ростом опухоли у большинства пожилых больных симптомы инициальной дисфагии могут существовать длительное время не нарастая. Длительность периода инициальной дисфагии, составляя, по нашим данным, в среднем 4—6 мес, у отдельных больных может достигать года и более. Такие больные впервые обращаются к врачу, когда дисфагия принимает стойкий, выраженный и постоянный характер. Это, как правило, наступает при поражении опухолью не менее трех стенок пищевода и свидетельствует о значительной местной распространенности процесса с вовлечением мышечного слоя стенки пищевода (стадия процесса не ниже III).

Много ошибок на этапе выявления больных раком пищевода связано с неправильным определением стадии заболевания. При изучении данных о 468 больных раком пищевода, взятых на учет в различных лечебных учреждениях Москвы в течение одного календарного года, установлено, что 53% из них умерли в течение 1-го года после регистрации. Этот факт находится в противоречии с тем, что у 80% взятых под наблюдение больных была установлена II стадия заболевания. Можно предположить, что у значительного числа больных, у которых изначально была установлена II стадия, в действительности наблюдался более распространенный процесс (III и IV стадия). Гиподиагностика стадии рака пищевода связана как с недостаточным знанием врачами общей лечебной сети специфических особенностей этого заболевания, так и с объективными трудностями определения распространенности процесса, для чего необходимы сложные инструментальные (эндоскопические и рентгенологические) исследования, а также лапаротомия для ревизии зон регионарного метастазирования ниже диафрагмы.

Приведенные данные позволяют считать, что в практическом здравоохранении не существует эффективной системы мер для решения проблемы ранней диагностики рака пищевода.

Своевременное выявление рака пищевода, как и злокачественных опухолей других локализаций, возможно, если будут организованы систематическое наблюдение и обследование лиц, входящих в группу повышенного риска. Известно, что массовый скрининг не только невыгоден экономически, но и малоэффективен, эффективность же скрининга в группе повышенного риска возрастает в 10—20 раз. В связи с этим необходимо иметь четко сформулированные понятия групп повышенного риска при раке пищевода. К сожалению, разработкой вопросов, связанных с изучением групп повышенного риска при раке пищевода, занимаются немногие исследователи [Ackermar et al., 1978; Munoz et al., 1979].

Наш опыт и данные литературы позволяют считать, что в группу повышенного риска развития рака пищевода следует включать больных с хроническими заболеваниями пищевода, в первую очередь с различными формами эзофагита, особенно пленчатого, пептического и эрозивно-язвенного с явлениями рубцового стеноза. К этой группе следует отнести также больных с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы и другими заболеваниями желудка, при которых имеется желудочно-пищеводный рефлюкс. В группу повышенного риска обязательно должны входить больные, перенесшие химический ожог пищевода, особенно при наличии рубцовой стриктуры. На первый взгляд, группа представляется недостаточно четко очерченной и чрезмерно обширной. Однако, если взять в расчет возрастные колебания больных раком пищевода, вредные привычки и особенности профессиональной деятельности, то круг лиц, подлежащих наблюдению, заметно сузится. Выше уже отмечалось,

что рак пищевода — это заболевание преимущественно лиц пожилого и старческого возраста: по данным Ю. Е. Березова (1979), Н. П. Напалкова и соавт. (1982), они составляют более 80% заболевших. Что касается вредных привычек, то к ним прежде всего следует отнести злоупотребление алкоголем. Этот фактор риска отмечен у 90% больных раком пищевода. Касаясь профессиональных особенностей, следует отметить, что, по нашим данным, более 60% поступивших на лечение больных составили механизаторы (трактористы, комбайнеры, шоферы) или лица, профессиональная деятельность которых связана с эксплуатацией двигателей внутреннего сгорания либо другими видами контакта с нефтепродуктами. Роль нефтепродуктов в развитии рака пищевода показана в некоторых экспериментальных работах [Каримов М. А. и др., 1986].

Снижение заболеваемости раком пищевода, наблюдаемое в последние годы, происходит за счет городского населения, заболеваемость же среди сельского населения остается стабильной. В связи с этим факт проживания в сельской местности следует учитывать среди прочих признаков при формировании группы повышенного риска.

Таким образом, основанием для включения в группу повышенного риска по раку пищевода может служить сочетание следующих признаков:

1) наличие хронических заболеваний пищевода, особенно эзофагитов, а также грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и других хронических заболеваний желудка, сопровождающихся явлениями желудочно-пищеводного рефлюкса;

2) рубцовые стриктуры пищевода, особенно после химического ожога;

3) возраст (мужчины 50 лет и старше, женщины 60 лет и старше);

4) проживание в сельской местности, особенно если работа связана с контактом с нефтепродуктами (механизаторы и др.);

5) злоупотребление алкоголем.

Из этих лиц особое внимание следует уделять предъявляющим жалобы на явления инициальной дисфагии как в момент осмотра, так и в анамнезе. Иные критерии формирования группы повышенного риска для регионов со средней заболеваемостью раком пищевода в настоящее время предъявить трудно. В республиках и областях СССР, где отмечается высокая заболеваемость раком пищевода, круг факторов риска должен включать специфические для этих районов факторы и может заметно отличаться от предложенного.

Что касается диагностических ошибок, возникающих при выявлении рака пищевода, то их анализ затруднителен, поскольку, как отмечалось выше, системы активного выявления рака пищевода и скрининговых программ по этому вопросу в настоящее время не существует. По нашим данным, число активно выявленных больных раком пищевода ограничивается

теми, у кого рак пищевода обнаружен как находка при рентгеноскопии или эндоскопии, произведенной по поводу другого заболевания. Большинство больных раком пищевода выявляются при их обращении к врачу.

14.2. ОШИБКИ В ПОЛИКЛИНИКЕ ОБЩЕЙ ЛЕЧЕБНОЙ СЕТИ

Больные раком пищевода впервые обращаются, как правило, к врачу общей лечебной сети: участковому терапевту, хирургу, ЛОР-специалисту, невропатологу, поэтому на это звено практической лечебной сети в настоящее время ложится основная доля ответственности за раннее и своевременное выявление рака пищевода. В связи с этим повышение онкологической настороженности врачей общей лечебной сети может улучшить выявляемость больных. Тщательный анализ жалоб и данных анамнеза на этом этапе имеет решающее значение.

Значительное количество диагностических ошибок связано с тем, что врачи общей лечебной сети нетвердо знают известное положение: 80% всех заболеваний пищевода составляет рак [Березов Ю. Е. и др., 1966]. Изучение анамнеза больных, госпитализированных в МНИОИ им. П. А. Герцена, показывает, что каждый четвертый в течение от 1,5—2 нед до нескольких месяцев после первого обращения получал консервативное лечение по поводу другого, ошибочно диагностированного заболевания. Причинами этих ошибок часто является расположение пищевода в средостении или на близком расстоянии от сердца, крупных сосудов, бронхов, позвоночника, а также богато иннервированного органа. Это очень часто вызывает сложную гамму жалоб и симптомов, маскирующих дисфагию и симулирующих заболевания других органов. Так, нередки случаи, когда боли в проекции нижней трети пищевода за грудиной связывают с проявлениями кардиальной патологии, в связи с чем больным устанавливают диагноз хронической ишемической болезни сердца или стенокардии и длительно лечат коронаролитиками, тем более что почти у всех лиц пожилого возраста на ЭКГ могут быть выявлены признаки, характерные для этих заболеваний. Лишь неуклонное нарастание дисфагии с течением времени заставляет заподозрить рак пищевода.

При раке грудного отдела пищевода близость этого органа к позвоночнику может быть причиной болей в грудной клетке, иррадиирующих в позвоночник и межлопаточную область. В этом случае больных могут направить к невропатологу с предположительным диагнозом остеохондроза грудного отдела позвоночника, причем рентгенологическое исследование грудного отдела позвоночника почти у всех лиц старше 50 лет позволит подтвердить этот диагноз, в связи с чем им будет назначено неправильное лечение. Нередко таким больным проводят тепловые физиотерапевтические процедуры, что может стимулировать рост опухоли.

Опухоли шейного и грудного отделов пищевода могут сопровождаться болями и ощущением инородного тела в горле, что служит основанием для обращения или направления больного к оториноларингологу. Иногда поводом для направления служит кашель, связанный с вовлечением в процесс трахеи или крупных бронхов за счет роста основного массива опухоли либо ее метастазов в лимфатических узлах средостения. При ЛОР-обследовании у таких больных могут быть выявлены сопутствующие хронические заболевания и установлен ошибочный диагноз хронического тонзиллита, ларингита и пр., в связи с чем длительное время им будут проводить консервативное лечение, в том числе и с использованием тепловых физиотерапевтических процедур.

Изучение типичных диагностических ошибок терапевта, невропатолога, оториноларинголога показывает, что, как правило, наряду с жалобами на боли в области сердца, спине, горле больные уже при первом обращении либо указывали на наличие симптомов инициальной дисфагии, либо отмечали связь «непищеводных» жалоб с приемом пищи: усиление болей и других симптомов при прохождении пищевого комка.

Таким образом, следует еще раз подчеркнуть важность тщательного сбора анамнеза и изучения врачами общей лечебной сети жалоб больного с онкологической настороженностью для своевременного и раннего выявления рака пищевода.

Анализ 372 «протоколов запущенности» из 23 регионов РСФСР показал, что основной причиной запущенности процесса при раке пищевода послужило несвоевременное обращение больных за медицинской помощью (43,5%), в то время как частота врачебных ошибок составила 22,1%, а скрытое течение болезни отмечено в 34,4% случаев. Достоверность подобного соотношения причин запущенности представляется сомнительной. Установлено, что длительность периода с момента появления признаков болезни, к которым большинство больных относят возникновение выраженной дисфагии, до первичного обращения к врачу была сравнительно небольшой и у половины больных составила меньше 1 мес. Однако, несмотря на то что дисфагия является ярким симптомом рака пищевода и подтверждение диагноза с помощью объективных методов не должно вызывать затруднений, продолжительность от момента первого обращения до установления диагноза почти у 60% больных, даже по скромным данным официальных отчетов, составила более 1 мес. При этом 67% больных обследовали в трех лечебных учреждениях и более.

Причины такого положения дел связаны как с недостаточной онкологической настороженностью и плохой осведомленностью врачей общей лечебной сети в вопросах онкологии, так и с недостатками организации материально-технического обеспечения диагностического процесса. Трудно говорить о своевременной диагностике рака пищевода, когда больные вынуж-

дены в течение недели и более ожидать очереди на рентгенологическое и эндоскопическое исследование, тем более что осуществить их могут далеко не во всех лечебных учреждениях. Морфологическое исследование, проведение которого является обязательным условием точной диагностики рака, при существующем в практической лечебной сети порядке отправления материала на анализ в центральную патоморфологическую лабораторию также занимает в лучшем случае 8—10 дней. Улучшить положение дел может, по нашему мнению, создание межрайонных диагностических центров, оснащенных современной аппаратурой для проведения рентгенологического, эндоскопического и морфологического исследований.

Типичной ошибкой при первичном обращении больных с жалобами на дисфагию является то, что при обследовании ограничиваются рентгенологическим исследованием и пренебрегают эзофагоскопией в отсутствие рентгенологических признаков поражения пищевода. При этом часто сопутствующее опухолевому поражению пищевода нарушение перистальтики служит основанием для ошибочного объяснения клиники дисфагии явлениями «эзофагита» или «эзофагоспазма», в связи с чем больным назначаются консервативное противовоспалительное лечение и спазмолитики. Такое лечение может дать временный эффект, купируя явления перифокального воспаления в зоне опухоли и уменьшая выраженность дисфагии. Однако с течением времени неуклонный рост опухоли вновь дает о себе знать нарастающей дисфагией, повторное рентгенологическое исследование позволяет установить истинный характер заболевания, но время для своевременной диагностики, не говоря уже о ранней, упущено.

В связи с этим при любых указаниях на явления дисфагии как в момент обращения, так и в анамнезе или при наличии связи жалоб больного с прохождением пищи по пищеводу считаем обязательным выполнять рентгенологическое и эндоскопическое исследования пищевода. Отсутствие изменений в пищеводе при рентгенологическом исследовании не должно служить основанием к отказу от эзофагоскопии. Наоборот, в этом случае эзофагоскопия должна быть выполнена особенно тщательно, с направленным поиском изменений слизистой оболочки пищевода и обязательным морфологическим исследованием материала, взятого на участке с любыми изменениями. Иная диагностическая тактика в отношении больных с явлениями дисфагии ошибочна.

14.3. ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ

Рак пищевода — заболевание, радикальное лечение которого связано с применением хирургического и лучевого методов в плановом порядке. Плановому хирургическому и лучевому лечению всегда предшествует тщательное исследование пищевода

с целью определения особенностей локализации и распространенности основного заболевания и выявления сопутствующей патологии. Сложившаяся практика предусматривает проведение некоторых исследований амбулаторно. Заканчивается диагностический процесс уже после госпитализации больного в специализированное отделение. При большинстве онкологических заболеваний, в том числе и раке пищевода, окончательно объективно определить распространенность и стадию процесса и, следовательно, установить точный онкологический диагноз можно только с учетом результатов интраоперационной ревизии и морфологического исследования удаленного препарата.

Цели, задачи, объем и сложность диагностического процесса при обследовании больного в специализированном онкологическом стационаре в значительной мере отличаются от таковых в поликлиниках общего профиля. Вследствие этого существенно различаются совершаемые на данных этапах обследования диагностические ошибки. В связи с этим целесообразно остановиться на возможных ошибках при диагностике рака пищевода в лечебных учреждениях, выделив при этом ошибки диагностики в условиях поликлиники, специализированного учреждения и диагностические ошибки на стационарном этапе обследования.

Ошибки при диагностике в поликлинических условиях. Задачи поликлинического этапа обследования больных раком пищевода — уточнение локализации и распространенности опухолевого процесса, его морфологического подтверждения, а также поиск и исключение признаков генерализации заболевания. С этой целью используют достаточно сложный комплекс диагностических исследований, от четкого и последовательного выполнения которых зависит качество диагностики. Наоборот, несоблюдение требований, предъявляемых к диагностике рака пищевода на поликлиническом этапе обследования, может быть причиной диагностических ошибок, которые неизбежно повлекут за собой ошибки в лечении.

Поликлиническое обследование больного начинают с изучения его жалоб и анамнеза, клинического исследования органов и систем. Не исключено, что уже тщательно собранный анамнез, оценка состояния больного и полноценный осмотр позволят установить запущенность опухолевого процесса и избежать ненужных, порой обременительных для больного инструментальных исследований, определить бесперспективность госпитализации больного в специализированный стационар, что будет способствовать более полноценному использованию специализированной койки. В связи с этим считаем ошибкой на амбулаторном этапе обследования в специализированном лечебном учреждении автоматически назначать больному независимо от клинических данных тот или иной обязательный комплекс диагностических исследований. По нашему мнению, состав диагностического комплекса и последовательность применения методов должны быть индивидуализированы с учетом клинических про-

явлений заболевания у каждого конкретного больного. В случае выявления клинических признаков генерализации процесса диагностика должна быть направлена на подтверждение или исключение IV стадии заболевания, при этом последовательность проведения исследований может значительно варьировать.

Во время сбора анамнеза следует обратить внимание на охриплость голоса в момент осмотра или в анамнезе. Этот клинический признак может быть важным ориентиром в определении распространенности опухоли, поскольку метастатические узлы в средостении сдавливают возвратный нерв и вызывают паралич соответствующей голосовой связки. Наличие признаков сдавления возвратного нерва свидетельствует о неоперабельности опухоли (IV стадия заболевания), поэтому будет ошибкой подвергать таких больных сложным инструментальным исследованиям прежде, чем они будут обследованы оториноларингологом.

Клиническое обследование больных раком пищевода должно включать пальпаторное исследование периферических лимфатических узлов, при увеличении и уплотнении которых необходимо произвести пункцию и цитологическое исследование полученного материала. Чаще всего метастазами поражаются периферические лимфатические узлы шейно-надключичной группы, особенно при локализации опухоли в шейном и верхнегрудном отделах пищевода. Наличие или отсутствие метастазов в лимфатических узлах имеет решающее значение при установлении стадии заболевания и, следовательно, выборе лечения в соответствии с распространенностью заболевания. В связи с этим отказ от исследования периферических лимфатических узлов является грубой диагностической ошибкой. Это в равной степени относится и к пальпаторному исследованию живота, при котором могут быть выявлены метастатическое поражение печени, конгломерат метастазов в брюшной полости, асцит. Осмотр больного в поликлинике должен быть всесторонним и подробным. Это необходимо как для обнаружения возможных признаков генерализации заболевания, так и выявления сопутствующих заболеваний или опухолевых заболеваний других локализаций (первичная множественность злокачественных новообразований!). Частичное клиническое обследование, поверхностный осмотр могут стать причиной диагностической ошибки.

Из объективных методов исследования при раке пищевода основным является рентгенологический. Одна из часто встречающихся причин ошибок в рентгенодиагностике рака пищевода — пренебрежение рентгеноскопическим полипозиционным исследованием пищевода в прямой, боковой и косых проекциях. Заключение об отсутствии в пищеводе опухолевой патологии, сделанное только на основании рентгенограмм, выполненных в какой-либо одной проекции, является недостаточным. Рентгенологическое изучение эластичности стенок пищевода может предупредить тяжелую диагностическую ошибку, когда опухоль

небольших размеров с поражением одной или двух стенок принимают за фазу сокращения стенки пищевода. Подобных ошибок позволяет избежать также использование современной диагностической аппаратуры, оснащенной рентгенотелевизионным оборудованием. Оно дает возможность более тщательно изучить за экраном все особенности сократимости стенок пищевода и рельефа слизистой оболочки в различных положениях и проекциях, выбрать наиболее оптимальные проекции и технические условия съемки для получения наиболее высококачественных и информативных рентгенограмм. При рентгенологическом обследовании больного раком пищевода следует считать ошибкой отказ от выполнения рентгенологического исследования легких, средостения и желудка.

Важнейшим методом диагностики рака пищевода является эзофагоскопия — осмотр не только самой опухоли, но и всего пищевода от входа в него до кардии (если есть возможность провести эндоскоп ниже зоны сужения). При этом важно четко определить границы и уровень поражения, а также по возможности собственную истинную длину органа, исключить возможное внутристеночное метастазирование или первичную множественность рака пищевода.

Диагностические ошибки при эндоскопическом исследовании, проводимом по поводу рака пищевода, в основном отмечаются при начальных формах заболевания, когда поражение ограничено слизистой оболочкой и трудно дифференцировать его от эзофагита.

В данной ситуации правильно выбрать место для биопсии помогает хромоэндоскопия с окрашиванием слизистой оболочки пищевода метиленовым синим, раствором Люголя и др.

Ошибки при эзофагоскопии могут быть допущены и в том случае, когда опухоль небольших размеров располагается сразу за входом в пищевод, не вызывая значительных механических препятствий. При использовании существующей техники фиброэзофагоскопии с раздуванием просвета пищевода увеличиваются возможности осмотра входа в пищевод и его шейного отдела. Это удобнее делать при выведении эндоскопа из пищевода. В некоторых случаях при его форсированном выведении не удается тщательно осмотреть шейный отдел пищевода и глотку, что может послужить причиной диагностической ошибки. Некоторые преимущества при исследовании этой зоны пищевода имеет использование жесткого эзофагоскопа под наркозом.

Трудные для проведения дифференциальной диагностики ситуации, при которых возможны диагностические ошибки, могут возникнуть в тех случаях, когда вследствие подслизистого роста эндофитной опухоли пищевода развивается резкий циркулярный стеноз его просвета, при этом в зоне, доступной осмотру, слизистая оболочка пищевода остается макроскопически неизмененной. В таких случаях значительную помощь в диагностике может оказать пункция стенки пищевода в зоне стеноза, позво-

ляющая иногда получить необходимый материал для цитологического исследования.

Аналогичные диагностические трудности и ошибки могут отмечаться и при вторичных изменениях пищевода (сдавление или прорастание опухолями легкого, средостения и др.). Во избежание подобных ошибок данные, полученные при эндоскопии, следует рассматривать во взаимосвязи с клиническими и рентгенологическими данными.

Трахеобронхоскопия является необходимой составной частью комплексного обследования больных раком пищевода. Особенности анатомического расположения пищевода в средостении, пути инвазии первичной опухоли, своеобразие внутриорганного, регионарного лимфогенного и отдаленного метастазирования при раке пищевода могут привести к вторичному поражению трахеобронхиального дерева. В связи с этим во всех случаях, когда лечение планируется по радикальной программе, должно быть исключено прорастание трахеи и крупных бронхов опухолью пищевода или метастатическими узлами средостения. Планирование хирургического лечения рака пищевода или проведение лучевой терапии по радикальной программе без исследования трахеобронхиального дерева является грубой ошибкой. В настоящее время только с помощью трахеобронхоскопии можно с достаточной точностью установить интактность трахеобронхиального дерева при раке грудного отдела пищевода. При проведении этого исследования необходимо также установить уровень бифуркации трахеи. Отсутствие этих данных следует расценивать как ошибку, поскольку уровень бифуркации трахеи важен для точного определения локализации опухоли относительно сегментов пищевода, что имеет значение при формировании полей облучения, а также при выборе операционного доступа и типа операции.

Ошибкой также следует считать отсутствие указания на степень сужения просвета трахеи и крупных бронхов, когда имеется только сдавление их опухолью пищевода без признаков прорастания. Наш опыт показывает, что в таких случаях при сужении просвета менее чем на $^1/_3$ резекция пищевода, как правило, осуществима и лечение может быть проведено по радикальной программе. При сужении же просвета трахеи или крупных бронхов более чем на $^1/_3$ резекция пищевода бывает в лучшем случае паллиативной, чаще операция ограничивается пробной торакотомией. Таким образом, информация о степени сужения просвета трахеи или крупных бронхов важна для выработки тактики лечения.

В заключение обсуждения возможных ошибок при поликлиническом обследовании больных раком пищевода следует еще раз подчеркнуть, что поликлинический этап диагностики, решая задачи уточнения локализации и распространенности опухолевого процесса, позволяет выделить две основные группы больных. Одна из них — это больные с заболеванием IV стадии,

которым в дальнейшем может быть проведено лишь симптоматическое, паллиативное лучевое, химиотерапевтическое или хирургическое лечение в объеме гастростомии или реканализации просвета пищевода. Другую группу составляют больные, у которых в результате обследования в поликлинике не установлено признаков IV стадии заболевания. Их необходимо госпитализировать в специализированные отделения онкологических стационаров для завершения обследования, выработки плана лечения и его реализации. Разделение больных на две группы определяет их дальнейшую судьбу, поэтому ясна и цена ошибок, допущенных на этом этапе диагностики.

Ошибки при диагностике в стационаре. Главным элементом обследования больных раком пищевода в стационаре является так называемый абдоминальный этап — диагностическая лапаротомия с ревизией органов брюшной полости и зон лимфогенного метастазирования ниже диафрагмы. Последнее принципиально важно и обусловлено особенностями лимфооттока от грудного отдела пищевода. Лимфатические сосуды подслизистого сплетения пищевода могут, минуя параэзофагеальные лимфатические узлы, нести лимфу непосредственно в лимфатические узлы паракардиальной зоны, малого сальника, желудочно-поджелудочной связки по ходу левой желудочной артерии. По данным В. Д. Рындина (1974), метастазы в лимфатических узлах ниже диафрагмы были обнаружены у 41% больных, госпитализированных для хирургического лечения. В связи с этим окончательное суждение о метастатическом компоненте рака пищевода может быть составлено только с учетом данных абдоминального этапа диагностики. Выполнение этого этапа диагностики при раке пищевода является обязательным у всех больных, которым планируют лечение по радикальной программе. Планирование лечения по этой программе без учета данных абдоминального этапа является грубой лечебно-тактической ошибкой, за которой может последовать напрасная попытка провести хирургическое или лучевое лечение по радикальной программе при IV стадии заболевания, что может привести к развитию тяжелых осложнений и смерти больного.

Кроме абдоминального этапа диагностики, могут быть проведены различные дополнительные исследования с целью уточнения распространенности процесса: ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства, радиоизотопное исследование печени и костей скелета, специальные методы рентгенологического исследования пищевода — пневмоэзофаготомография, азигография. Однако наш опыт показывает, что к клинической интерпретации результатов этих исследований следует подходить с осторожностью, поскольку их разрешающие возможности и специфичность недостаточно высоки. Эти особенности названных методов могут быть причиной как ложноположительных, так и ложноотрицательных результатов оценки распространенности рака пищевода, поэто-

му считаем необходимым предостеречь от возможных ошибок, связанных с переоценкой диагностических возможностей этих методов исследования при раке пищевода. Помочь сделать это может критическое отношение к результатам исследований, их обязательное сопоставление с клинической картиной заболевания и результатами других исследований.

Тактической ошибкой при диагностике в стационаре следует считать попытку заменить абдоминальный этап лапароскопией в сочетании с различными дополнительными исследованиями (ультразвуковая диагностика, термография эпигастральной области, специальные рентгенологические методы и др.). Наш опыт показывает, что при существующей методике выполнения лапароскопии с ее помощью можно диагностировать подкапсульные метастазы в печени, диссеминацию рака по брюшине, специфический асцит, но она не позволяет получить достоверную информацию о состоянии лимфатических узлов малого сальника, паракардиальной области и тем более забрюшинного пространства.

Одной из основных задач клинической диагностики при обследовании больного раком пищевода в стационаре является решение вопросов, связанных с функциональной операбельностью. Возникающие при этом ошибки, как показывает практика, часто обусловлены формально-субъективными причинами, в частности переоценкой отрицательной роли возрастного показателя, хотя хорошо известно, что паспортный возраст не всегда соответствует биологическому возрасту больного. Известны и далеко не редки случаи отказа в радикальном хирургическом лечении лишь на том основании, что больной достиг того или иного возраста. При этом следует учитывать, что лица в возрасте 60 лет и старше составляют основную массу больных раком пищевода (около 80%). В оправданном расширении показаний к хирургическому и комбинированному лечению рака пищевода у лиц данной возрастной группы — возможность реального улучшения показателей при данной локализации рака.

Из 565 больных в возрасте 60 лет и старше, госпитализированных в МНИОИ им. П. А. Герцена в 1970—1986 гг., у 143 оказалось возможным провести хирургическое и комбинированное лечение, причем у 74 — радикальное. Летальность среди всех оперированных составила 19,5%; 3 года после лечения прожили 26,8% от всех оперированных и 47,6% от радикально оперированных больных; 5-летняя выживаемость составила соответственно 25 и 46,7%, а 7 из 27 больных пережили и 10-летний срок наблюдения. Таким образом, у больных раком пищевода в возрасте 60 лет и старше возможно и целесообразно более широко проводить хирургическое и комбинированное лечение.

Ошибки при решении вопросов функциональной операбельности больных раком пищевода могут иметь и противоположный характер, когда функциональные противопоказания недо-

оцениваются. Попытка радикального лечения таких больных, принимая во внимание тяжесть и травматичность выполняемых операций, может окончиться развитием осложнений и летальным исходом. Уменьшить количество послеоперационных осложнений и летальность позволяют тщательное исследование функциональных резервов и профильные оценки компенсаторных возможностей органов и систем больного в сопоставлении с предполагаемым объемом и травматичностью операции. К функционально операбельным больным могут быть отнесены только те, у кого не выявлено признаков декомпенсации или неустойчивой компенсации функции важнейших органов и систем: сердечно-сосудистой, легочной, печени, почек. Для оценки функционального состояния указанных органов и систем существуют многочисленные методики и способы. Наш опыт показывает, что для сердечно-сосудистой системы наиболее подходящими являются электрокардиография с нагрузочными пробами, набор велоэргометрических тестов, для легких — спирометрия с изучением легочных объемов и функции внешнего дыхания по Агапову, для печени и почек — биохимические тесты, радиоизотопные методики и др. Отказ от полноценного функционального обследования или пренебрежение данными о низких функциональных показателях является глубоко ошибочным и может привести к тяжелым послеоперационным осложнениям и летальному исходу. Это относится и к больным с неудовлетворительными функциональными показателями при заведомо резектабельном раке пищевода ограниченной протяженности стадии T1 и T2. Однако практика показывает ошибочность такого подхода, когда резекцию пищевода при раке стремятся выполнить «любой ценой».

При низких функциональных показателях, свидетельствующих о декомпенсации или неустойчивой компенсации функции важнейших органов и систем, больные раком пищевода не должны подвергаться радикальному хирургическому лечению, даже при явно резектабельной опухоли. При лечении таких больных следует предпочесть консервативные методы, проведение же комбинированного лечения следует расценивать как тактическую ошибку.

При раке пищевода наблюдаются случаи, когда при использовании всех обязательных и дополнительных диагностических методов все же не удается подтвердить диагноз или решить вопрос о распространенности процесса и выборе оптимального метода лечения. В таких случаях единственным диагностическим средством является интраоперационная диагностика после торакотомии, ревизия органов грудной клетки и средостения с обязательным проведением морфологического исследования по ходу ревизии. Наиболее частой ошибкой при интраоперационной диагностике является недостаточно тщательная пальпаторная ревизия легкого на стороне операции, хотя это простое исследование позволяет выявить метастазы

рака пищевода в легком даже при небольших их размерах — менее 1 см.

Ошибки другого рода при интраоперационной диагностике связаны с тем, что не используют морфологические методы исследования. При этом возможны как ложноотрицательные, так и ложноположительные ошибки при определении природы патологических изменений, а при раке пищевода — в оценке стадии его распространения. В связи с этим заключение о характере интраоперационных находок, сделанное на основании лишь визуальных и пальпаторных данных, во всех случаях сомнительно, а подобный подход к интраоперационной диагностике всегда ошибочен. В лечебных учреждениях, где нет возможности организовать службу срочной морфологической диагностики (цитологической и гистологической), во избежание тяжелых диагностических ошибок нельзя выполнять операции по поводу рака пищевода, как, впрочем, и по поводу злокачественных опухолей других локализаций.

14.4. ОШИБКИ В ЛЕЧЕНИИ

Ошибки при планировании лечения. Выбор оптимального плана лечения больных раком пищевода почти всегда сложная задача, тем более что, по мнению многих онкологов, еще окончательно не решен вопрос о роли и месте хирургического, лучевого и комбинированного методов лечения рака пищевода. Этот вопрос в настоящее время активно изучается и разрабатывается во многих клиниках в нашей стране и за рубежом. Высказываются и обосновываются многочисленные точки зрения на этот счет.

Наш опыт диагностики и лечения рака пищевода у 2000 больных, 900 из которых произведена резекция пищевода, позволяет вполне определенно высказаться по ряду вопросов этой проблемы. Выше уже упоминалось о роли абдоминального этапа диагностики и об ошибочности планирования лечения без учета состояния зон метастазирования ниже диафрагмы. Акцентировалось также внимание на ошибках, связанных с планированием хирургического лечения у больных с низкими функциональными показателями. Однако только ими ошибки при планировании лечения больных раком пищевода не исчерпываются.

Одной из типичных ошибок является ограничение показаний или полный отказ от радикального лечения больных с местно-распространенными формами рака пищевода, когда протяженность первичной опухоли достигает 8 см и более (T4), что необоснованно отождествляют с IV стадией заболевания. Эту ошибку достаточно часто допускают хирурги общей лечебной сети, и она приводит к тому, что ряду больных без достаточных оснований отказывают в радикальном лечении. Между тем опыт института показывает, что протяженность опухоли, соот-

ветствующая индексу Т4, не должна служить абсолютным противопоказанием к радикальному лечению. А. С. Мамонтова и соавт. (1983) установили, что проведение комбинированного лечения с предоперационным облучением у таких больных позволяет добиться 5-летней продолжительности жизни более чем у 20% больных, перенесших радикальную операцию. Доказана также ошибочность планирования и проведения у больных местно-распространенным раком грудного отдела пищевода при протяженности опухоли 8 см и более (Т4) только лучевой терапии или только оперативного вмешательства в качестве самостоятельных методов радикального лечения: ни один больной в этих случаях не пережил 3-летнего срока наблюдения.

Наш опыт показывает также, что лучевая терапия как самостоятельный метод лечения при протяженности опухоли более 5 см (Т3 и Т4), как правило, бывает безуспешной, поскольку полной резорбции опухоли удается добиться у незначительной части больных (от 10 до 20% в различных сериях наблюдений), а 3 и 5 лет после лечения живут единицы. Вследствие этого планирование лучевой терапии по радикальной программе при протяженности опухоли более 5 см (Т3 и Т4) является ошибкой.

При раке пищевода протяженностью менее 5 см, что соответствует индексам Т1 и Т2, лучевая терапия может быть эффективной, поскольку дает более высокие 3- и 5-летние отдаленные результаты. Лучевая терапия чаще была эффективной при экзофитной форме опухоли и отсутствии циркулярного поражения просвета пищевода, т. е. когда, скорее всего, отсутствовала глубокая инвазия опухоли в мышечную оболочку пищевода и ее основной массив располагался в пределах слизистой оболочки и подслизистого слоя. Наоборот, когда имелись данные о глубокой инвазии опухоли в мышечный слой стенки пищевода, что чаще бывает при эндофитном характере опухоли или циркулярном ее расположении, даже при относительно ограниченной протяженности поражения (в пределах Т2) лучевая терапия была неэффективной. С ее помощью не удавалось добиться резорбции опухоли и тем более получить отдаленные 3- и 5-летние результаты. В связи с этим следует считать ошибкой планирование лучевой терапии по радикальной программе при опухолях пищевода относительно ограниченной протяженности (Т1 и Т2), если преобладает эндофитный характер роста опухоли или наблюдается циркулярное поражение пищевода.

Сопоставление результатов хирургического и комбинированного лечения рака пищевода относительно ограниченной протяженности (Т1 и Т2) с результатами лучевой терапии опухолей аналогичной распространенности показывает преимущество хирургических методов лечения, при которых показатель 5-летней выживаемости среди радикально оперированных больных достигает 66%. Данные литературы и наш опыт показывают,

что результаты лучевой терапии подобных больных значительно скромнее: 5-летняя выживаемость не превышает 20%.

Таким образом, ошибкой является планирование лучевой терапии в качестве радикального самостоятельного метода лечения и при ограниченной местной распространенности опухоли, если нет противопоказаний к хирургическому и комбинированному лечению, поскольку лучевая терапия дает худшие отдаленные результаты.

Таким образом, планирование лечения при раке пищевода следует проводить с целью выбора наиболее эффективного и одновременно наименее опасного для конкретного больного метода лечения с учетом локализации и распространенности опухолевого процесса, общего состояния, функциональных резервов и компенсаторных возможностей больного, что и позволит избежать упомянутых выше ошибок.

Ошибки при хирургическом лечении. Ошибки при хирургическом лечении рака пищевода могут быть связаны с выбором типа операции и выполнением различных технических приемов во время операции. В зависимости от соотношения времени выполнения этапов резекции пищевода и эзофагопластики выделяют одномоментные операции, когда резекцию пищевода и его пластику производят во время одной операции, и многомоментные, когда этапы резекции и пластики пищевода разделены во времени. Разделение хирургического лечения рака пищевода на этапы резекции и пластики пищевода требуется у больных с низкими резервами функциональной компенсации, когда есть необходимость максимально уменьшить тяжесть и травматичность вмешательств. Однако, достигнув этой цели, в дальнейшем приходится сталкиваться с проблемами, порожденными избранной тактикой.

Одна из главных среди них — обеспечение полноценного питания больных, пользующихся гастростомой. Практика показывает, что даже при достаточном по объему, калорийности, составу зондовом питании далеко не у всех больных удается добиться положительной динамики массы тела и создать оптимальные условия для выполнения отсроченной эзофагопластики, причем это не всегда связано с прогрессированием опухолевого процесса. В результате этого значительное число пациентов бывают недостаточно подготовлены к выполнению отсроченной эзофагопластики, и эту операцию им производят едва ли не с большим риском, чем если бы ее осуществляли одномоментно с резекцией пищевода.

Наш опыт показывает, что относительным противопоказанием к выполнению отсроченной эзофагопластики является отрицательная динамика массы тела больного. Ее дефицит в 20% и более от должных величин, рекомендуемых ВОЗ, считаем абсолютным противопоказанием к операции, поскольку летальность среди таких больных приближается к 50%. В связи с этим следует считать ошибкой выполнение пластической опера-

ции в таких условиях. Этим больным следует проводить интенсивное медикаментозное лечение, энтеральное и парентеральное питание с целью не только восстановления массы тела, но и коррекции обязательно возникающих у них метаболических расстройств. Если же в ходе терапевтической подготовки не удается добиться надежной степени компенсации функциональных нарушений и ликвидировать дефицит массы тела, то от выполнения эзофагопластики следует воздержаться. Осуществление же операции у таких больных следует считать ошибкой.

Совершенно естественно, что при наличии признаков прогрессирования основного заболевания выполнение эзофагопластики недопустимо.

В любом случае отказ от эзофагопластики должен быть четко обоснован, поскольку наличие гастростомы и необходимость зондового питания делает больного инвалидом, нуждающимся в посторонней помощи.

В связи с затруднениями, возникающими при разделении хирургического и комбинированного лечения рака пищевода на этапы резекции и пластики, предпочтение отдают операциям, при которых резекцию пищевода и эзофагопластику выполняют одномоментно. Наибольшее количество ошибок при этом связано с недооценкой функциональных противопоказаний к выполнению операции такого типа. Одномоментная операция требует вскрытия грудной и брюшной полостей, мобилизации и резекции пищевода и желудка, продолжительность ее не менее 4 ч. Выполнение такой операции может быть показано только при высокой степени компенсации функциональных нарушений. Желание врача избежать многоэтапности и за более короткий период времени завершить лечение должно соответствовать возможностям больного перенести операцию подобного объема. Пренебрежение детальным функциональным обследованием больного или недооценка данных о низкой функциональной компенсации, как уже было отмечено выше, является ошибкой, которая может привести к смерти больного в послеоперационном периоде.

К тактическим ошибкам при хирургическом лечении рака пищевода следует отнести выполнение ограниченных по объему так называемых сегментарных резекций пищевода. При раке пищевода мы считаем показанной субтотальную резекцию пищевода типа операции Добромыслова—Торека. Ее выполняют из трансторакального доступа, при этом обеспечивается радикальность даже при внутриорганном метастазировании и мультицентрическом росте опухоли. Эта операция позволяет удалить вместе с пищеводом параэзофагеальную клетчатку с лимфатическими узлами ближайших регионарных зон, что отвечает принципам онкологического радикализма. В последние годы в качестве альтернативы операции типа Добромыслова—Торека при раке пищевода предлагается операция резекции пищевода из шейно-трансдиафрагмального доступа, получившая за рубе-

жом название «эзофагэктомия без торакотомии». Мы считаем удаление пищевода при раке из шейно-трансдиафрагмального доступа ошибкой, поскольку при этом нельзя рассчитывать на достаточно полное удаление регионарного лимфатического аппарата. Такая операция не отвечает требованиям онкологического радикализма, и ее вообще не следует производить при раке.

Операция типа Добромыслова—Торека показана при раке верхне- и среднегрудного отдела пищевода без метастазов в лимфатических узлах, расположенных ниже диафрагмы. При локализации опухоли в нижнегрудном отделе пищевода или при раке верхне- и среднегрудного отдела, но с метастазами в лимфатических узлах, находящихся ниже диафрагмы, ограничивать операцию только субтотальной резекцией пищевода является ошибкой, поскольку для обеспечения онкологического радикализма в таких случаях, кроме пищевода, необходимо удалять малую кривизну и кардиальный отдел желудка с прилежащими клетчаткой и лимфатическими коллекторами паракардиальных зон, малого сальника и расположенными по ходу левой желудочной артерии в толще желудочно-поджелудочной связки. Из большой кривизны желудка при этом легко формируется изоперистальтический трубчатый стебель, используемый для одномоментной эзофагопластики. Таким образом, при раке нижней трети пищевода или при раке верхне- и среднегрудного отделов пищевода при наличии метастазов в лимфатических узлах, расположенных ниже диафрагмы, онкологически обоснованной операцией является одномоментная резекция пищевода с пластикой изоперистальтическим трубчатым стеблем, сформированным из большой кривизны желудка, которая разработана и апробирована в МНИОИ им П. А. Герцена [Петерсон Б. Е. и др., 1982].

Однако, обосновывая показания к выполнению этой операции, следует всегда помнить о возможности ошибок, связанных с недооценкой функционального состояния больных.

В ситуации, когда локализация и распространенность опухолевого процесса позволяют выполнить операцию типа одномоментной резекции и эзофагопластики, но функциональные противопоказания не позволяют это сделать, рациональным способом является субтотальная резекция пищевода с удалением клетчатки и лимфатических узлов, расположенных ниже диафрагмы, в момент формирования гастростомы. При этом перевязка левой желудочной артерии позволяет достаточно абластично удалить клетчатку и лимфатические узлы паракардиальной зоны и малого сальника.

При резекции пищевода ошибкой является пренебрежение срочным морфологическим исследованием материала, взятого по проксимальной и дистальной линии резекции, поскольку в случае обнаружения элементов опухоли следует произвести дополнительную резекцию пищевода.

Ошибки при хирургическом лечении рака пищевода могут быть связаны и с невыполнением сугубо оперативно-технических требований к операции резекции пищевода и эзофагопластике. Их анализ труден, поскольку существует большое количество технических приемов, которыми пользуются хирурги различных учреждений. В связи с этим полагаем целесообразным остановиться на основных требованиях к технике резекции, выполнение которых считаем необходимым. В частности, считаем обязательным иссечение полоски медиастинальной плевры над пищеводом при вскрытии средостения. Это повышает радикализм операции, облегчает ревизию средостения и мобилизацию пищевода, параэзофагеальной клетчатки и регионарных лимфатических узлов единым блоком в соответствии с принципами онкологического радикализма. Простое рассечение плевры над пищеводом рассматриваем как ошибку.

Вместе с тем не считаем обязательным пересечение непарной вены, если этого не требуется по соображениям онкологического радикализма. Наш опыт показывает, что при сохранении венозного оттока по непарной вене скопление реактивной жидкости в плевральной полости после операции бывает менее выраженным и быстрее прекращается, что имеет большое значение для профилактики послеоперационных эмпием плевры. В то же время будет грубой ошибкой сохранение из этих соображений непарной вены в тех случаях, когда из-за распространенности процесса требуется ее резекция.

Обязательным считаем включение в единый блок удаляемых тканей паратрахеальных и бифуркационных лимфатических узлов. При этом определенные технические трудности возникают в момент удаления левых паратрахеальных лимфатических узлов. В том случае, если удалить их невозможно, в послеоперационном периоде следует обсудить показания к проведению облучения соответствующей зоны, особенно если опухоль локализовалась в верхнегрудном отделе пищевода.

При резекции пищевода считаем также необходимым резецировать и кардиальный отдел желудка, включая его в препарат. При этом механический шов после прошивания аппаратом УО-60 располагается в зоне надежного кровообращения и не требует дополнительного укрывания серозно-мышечными швами, обеспечивая хороший герметизм. Используя этот способ на протяжении 8 лет, мы лишь у одного больного наблюдали несостоятельность механического шва по нижней границе пересечения пищевода.

Нелишним будет напомнить о необходимости тщательного гемостаза с перевязкой всех пересекаемых при мобилизации порций тканей и образований. При пренебрежении этим правилом в погоне за уменьшением продолжительности операции в последующем может потребоваться значительно больше времени и сил на проведение интенсивной терапии по поводу послеоперационного плеврального кровотечения и даже возник-

нуть необходимость в осуществлении реторакотомии для остановки кровотечения и удаления свернувшегося гемоторакса.

Для профилактики послеоперационных кровотечений имеет значение еще одно обстоятельство, относящееся скорее к области анестезиологии. Ревизию средостения и плевральной полости с целью определения адекватности хирургического гемостаза после удаления пищевода необходимо проводить в условиях умеренной гипертензии, так как осуществление ее в условиях гипотензии не гарантирует правильную оценку полноты гемостаза.

При мобилизации пищевода всегда существует опасность повреждения грудного лимфатического протока или его крупных ветвей, поэтому считаем обязательным в конце операции производить перевязку грудного лимфатического протока, что делаем в массиве тканей над диафрагмой в бороздке между аортой и позвоночником, не выделяя самого протока. Используя этот прием в течение последних 5 лет, мы ни разу не наблюдали осложнений, связанных с ним, и послеоперационные эмпиемы на почве лимфореи из поврежденного грудного лимфатического протока или его ветвей полностью исчезли из нашей практики. Это дает основание считать ошибкой отказ от профилактической перевязки грудного лимфатического протока при резекции пищевода.

При дренировании плевральной полости после операции считаем обязательным одним кетгутовым швом фиксировать верхний дренаж у купола плевры, что позволяет избежать осложнений, связанных с неправильным положением дренажа, его перегибами и смещениями. Нелишне напомнить и о необходимости надежной фиксации дренажей к коже.

Наш опыт показывает, что правильное дренирование плевральной полости — одно из основных условий предотвращения послеоперационных осложнений. Минимальное количество дренажей, которое должно быть установлено,— два: верхний — к куполу плевры (его основное назначение — эвакуация воздуха), нижний — своим начальным участком к средостению, а перфорированным — в задний плевральный синус (для эвакуации раневого секрета). Если во время операции вскрыта медиастинальная плевра с противоположной стороны, то левая плевральная полость должна быть дренирована отдельным дренажем, который можно провести через дефект в медиастинальной плевре, расположив его рядом с нижним дренажем правой плевральной полости. Пренебрежение этими правилами дренирования является ошибкой и может быть причиной тяжелых осложнений.

Важным моментом является оценка состояния легкого перед ушиванием торакотомной раны. К этому моменту не должно оставаться ателектазов и повреждений легочной ткани и др. Полное устранение их позволяет предотвратить послеоперационные осложнения.

При осуществлении эзофагопластики наиболее оптимальным считаем способ пластики пищевода трубчатым стеблем из большой кривизны желудка. Данный способ эзофагопластики отличается от всех прочих большей простотой и надежностью, а также лучшими отдаленными функциональными результатами. Залогом успеха операции при этом способе эзофагопластики является сохранение сосудистой аркады вдоль большой кривизны желудка, обеспечивающей кровоснабжение формируемого из желудка трансплантат-стебля. При формировании изоперистальтического стебля его кровоснабжение осуществляется за счет правой желудочно-сальниковой артерии, при использовании антиперистальтического — за счет левой желудочно-сальниковой артерии и прямых желудочных артерий в толще желудочно-селезеночной связки. В связи с этим решающим техническим моментом при формировании антиперистальтического трубчатого стебля является сохранение желудочно-селезеночной связки. Достаточной мобильности трансплантата в этом случае позволяет добиться пересечение селезеночно-толстокишечной связки. При этом можно не опасаться повреждения пути кровоснабжения искусственного пищевода.

При пластике пищевода антиперистальтическим трубчатым стеблем из большой кривизны желудка по указанным выше причинам необходимо максимально избегать травмы селезенки и ее удаления. Если необходимость все же возникает, следует избегать перевязки левой желудочно-сальниковой артерии. После спленэктомии необходимо оценить доступность кровоснабжения искусственного пищевода.

Отдавая предпочтение такому способу пластики пищевода, мы не считаем ошибкой использовать для эзофагопластики толстую или тонкую кишку. Эти способы детально разработаны, апробированы и с успехом применяются во многих клиниках. Однако в своей практике мы применяем эти способы эзофагопластики лишь в вынужденных ситуациях, когда по какой-либо причине невозможно использовать с этой целью желудочный стебель. Имеющийся небольшой опыт эзофагопластики тонкой и толстой кишкой позволяет нам сделать заключение, что эти способы менее надежны с точки зрения кровоснабжения трансплантатов и их функциональной состоятельности в отдаленные сроки. Необходимость формирования анастомозов в брюшной полости также не повышает надежность метода.

Использование для пластики пищевода как тотальной, так и сегментарной кожной трубки следует расценивать как грубую ошибку. Неправомерность использования кожной трубки для эзофагопластики доказана всей практикой хирургии.

Считаем ошибочным при эзофагопластике после резекции пищевода по поводу рака располагать трансплантат в ложе удаленного пищевода. Использовав подобный способ расположения искусственного пищевода у нескольких больных (до 1981 г.), мы впоследствии столкнулись с таким поздним ослож-

нением, как стеноз искусственного пищевода вследствие его сдавления и прорастания рецидивом рака в средостении, в связи с чем потребовалось произвести еюностомию. В дальнейшем мы отказались не только от расположения искусственного пищевода в ложе удаленного, но и вообще от внутриплеврального расположения трансплантата, отдавая предпочтение антеторакальному. Это гарантирует от летальных исходов в случае несостоятельности швов или некроза искусственного пищевода, опасность развития которых всегда реально существует у больных раком пищевода с пониженными пластическими способностями тканей. В связи с этим считаем внутриполостное расположение искусственного пищевода при эзофагопластике после резекции пищевода по поводу рака рискованным и ошибочным.

По этим же причинам практически не используем резекцию грудного отдела пищевода с одномоментным внутриполостным эзофагогастроанастомозом, считая более оправданным и безопасным внеполостной эзофагогастроанастомоз на шее. Операции типа Герлока или Льюиса считаем допустимым выполнять у ограниченного числа больных с экзофитной опухолью ограниченной протяженности (T1 и T2), расположенной в абдоминальном или наддиафрагмальном сегменте пищевода, в отсутствие выраженного дефицита массы тела больного и при достаточных его резервных возможностях.

Ошибки при проведении лучевой терапии. В разделе, посвященном возможным ошибкам при выборе тактики лечения по поводу рака пищевода, частично уже были указаны возможные ошибки, связанные с проведением лучевой терапии. Избегая длинных повторений, отметим здесь, что ошибки при планировании и проведении лучевой терапии у больных раком пищевода могут быть принципиального и методического характера. К первым относится неправильное определение показаний к использованию данного метода. В настоящее время применение лучевой терапии в самостоятельном варианте представляется целесообразным только при опухоли с протяженностью не более 5 см и захватом не более полуокружности пищевода, а также в отсутствие регионарных метастазов. При наличии опухоли большей протяженности или циркулярном поражении лучевое лечение может быть использовано только в комбинации с хирургическим. Во всех остальных случаях лучевая терапия будет носить сугубо паллиативный характер.

К ошибкам методического характера относятся погрешности, которые допускают при планировании и реализации программы облучения. Так, в ряде случаев в объем облучения включают зону опухоли и прилежащие участки пищевода на расстоянии 3—4 см от границ опухоли. Однако клинико-морфологические исследования показали, что рак пищевода характеризуется ранним распространением по внутристеночным лимфатическим сплетениям. Раковые лимфангиты и вторичные

опухолевые узлы некоторые исследователи находили на расстоянии 8—12 см от видимых границ опухоли [Пугачев А. Д., 1984; Wong J., 1987]. Нельзя исключать также возможность существования первично-множественных субклинических очагов рака по всему пищеводу. Кроме того, при раке пищевода, особенно при местно-распространенных формах опухоли, высока частота метастатического поражения регионарных лимфатических узлов. Это с учетом данных о единстве лимфатической системы пищевода для всех уровней и стенок органа обосновывает необходимость включения в объем облучения всего грудного отдела пищевода и прилежащей к нему параэзофагеальной клетчатки с регионарными лимфатическими узлами первого порядка.

При локализации опухоли в средней трети пищевода облучению подлежат весь грудной отдел органа с окружающей параэзофагеальной клетчаткой и лимфатические узлы до уровня диафрагмы. В случае перехода опухоли на нижнюю треть или при ее локализации в нижней трети пищевода, учитывая преимущественные пути метастазирования, в объем облучения, помимо грудного отдела пищевода, включают его абдоминальный сегмент, вплоть до кардии желудка. При локализации опухоли в верхней трети пищевода, кроме грудного отдела органа, дополнительно облучают шейный сегмент вместе с паратрахеальными и надключичными лимфатическими узлами. В соответствии с изложенным выше размеры полей облучения по высоте должны составлять 18—22 см.

Что касается ширины полей облучения, то ошибкой является выбор очень узких (4 см) полей, охватывающих отдельные участки пищевода максимумом дозы облучения, так как направление пищевода в грудной клетке не строго вертикальное и на различных уровнях он отклонен вправо, влево или кпереди в пределах 1,5—2 см. Поля облучения должны быть сформированы так, чтобы регионарный лимфатический коллектор охватывался 80—70% изодозой при 100% в центре пищевода. В соответствии с этими требованиями ширина обычно применяемых при раке пищевода полей облучения должна составлять 6 см. Лишь в отсутствие признаков распространения опухоли за пределы стенки пищевода, при преобладании экзофитного компонента и наличии клинических показаний к ограничению дозы облучения соседних органов (сопутствующие заболевания сердца, легких) могут использоваться поля шириной 5 см.

Планирование лучевой терапии должно быть строго индивидуальным. С этой целью для каждого больного необходимо построить эскиз поперечного среза, на котором выбирают количество, ширину и углы наклона полей. Для воспроизведения топографии опухоли на поперечном срезе необходимо использовать результаты рентгенографии органа в двух взаимно перпендикулярных проекциях. Погрешности и ошибки, допущен-

ные при предлучевой топометрии, могут оказать существенное влияние на результаты лучевого лечения в целом.

Что касается суммарных доз лучевого воздействия, то они определяются задачами облучения. Однако необходимо помнить, что применение дозы свыше 60 Гр приводит к увеличению частоты и тяжести лучевых осложнений со стороны легких и миокарда. С целью уменьшения выраженности реакций здоровых тканей целесообразно использовать методику двухобъемного облучения, при которой после применения дозы 40—45 Гр на весь запланированный объем облучения к зоне опухоли дополнительно подводят еще 20—25 Гр.

В заключение разбора лечебно-методических ошибок при проведении лучевой терапии следует подчеркнуть, что успех лечения, с какими бы целями его ни проводили, зависит не только от клинических факторов, но и от качества выполнения облучения: тщательности предлучевой топометрии, оптимального дозиметрического плана, строгого соблюдения геометрических условий облучения.

Другой часто встречающейся ошибкой при лучевой терапии рака пищевода является назначение в случае наличия остаточной опухоли или появления рецидива после применения радикальной дозы облучения только симптоматического лечения. Между тем опыт ведущих клиник показывает, что у части таких больных с успехом может быть выполнена резекция пищевода с неплохими отдаленными результатами.

Ошибки при химиотерапии. Многолетний опыт клинической апробации различных цитостатиков при раке пищевода показал, что только у 10—20% больных удается зарегистрировать лечебный эффект и только у единиц отмечается полная регрессия опухоли [Киселева Е. С., 1979; Kelfen D. P. et al., 1983].

Несмотря на весьма скромные результаты химиотерапии опухолей пищевода, все же использование блеомицина, препаратов группы платины, метотрексата или их комбинаций позволяет добиться непосредственного эффекта, а некоторым больным продлить жизнь на несколько лет.

Назначение цитостатиков, не обладающих тропностью к плоскоклеточному раку, нецелесообразно и в большинстве случаев приводит только к дискредитации метода. В качестве иллюстрации можно привести применяемую в онкологических учреждениях методику лечения иноперабельного рака пищевода, включающую сарколизин и колхамин. В настоящее время доказана неэффективность этих препаратов и, следовательно, назначение этой схемы следует признать ошибкой.

Ошибки при комбинированном и комплексном лечении. Наиболее перспективным и быстроразвивающимся методом лечения рака пищевода является комбинированный, включающий в себя предоперационную лучевую терапию и резекцию пищевода. Ошибки, которые были рассмотрены выше в разделах, посвященных хирургическому лечению и лучевой терапии, могут

отмечаться и при комбинированном лечении, поэтому все упомянутое о них в равной мере касается и комбинированного лечения.

Однако комбинированный метод лечения имеет и ряд существенных особенностей, с которыми могут быть связаны специфические ошибки. Что касается лучевого компонента комбинированного лечения, то ошибкой является использование высоких суммарных очаговых доз (СОД) — 50 Гр и более. Поскольку целью лучевой терапии является не достижение полной резорбции опухоли пищевода, а ее лучевое повреждение с подавлением биологической активности опухолевых клеток, девитализация опухолевых комплексов, мобилизуемых при операции, повреждение субклинических метастазов в лимфатических узлах регионарных зон или элементов опухоли в параэзофагеальной клетчатке при их выходе за пределы стенки пищевода, СОД при проведении предоперационной лучевой терапии должна ограничиваться 40—45 Гр. Практика показывает, что дальнейшее повышение СОД не приводит к существенному повышению эффекта предшествующей лучевой терапии, тогда как частота побочных лучевых реакций, осложнений лучевой терапии и послеоперационных осложнений заметно возрастает.

Другой серьезной ошибкой является несоблюдение временного интервала между окончанием лучевой терапии и резекцией пищевода. Это связано с тем, что по истечении определенного времени после лучевой терапии возобновляется опухолевый рост как в основном массиве, так и в метастазах. Вследствие этого эффективность предоперационного облучения уменьшается и с течением времени может вовсе не выявляться. Период времени, за который, как правило, не происходит возобновления опухолевого роста, составляет 5—7 сут при укрупненном фракционировании дозы (РОД 4—5 Гр, СОД 20—24 Гр) и 15—20 сут при классическом и динамическом фракционировании дозы (РОД 2—4 Гр, СОД 40—45 Гр). Несоблюдение указанных временных интервалов является ошибкой и отрицательно сказывается на отдаленных результатах комбинированного лечения. Если же из-за тяжелого общего состояния больного или по другим причинам операция не может быть выполнена в оптимальные сроки, следует подвести дополнительные фракции лучевой энергии. Однако необходимо стремиться провести предоперационную подготовку в оптимальные сроки после окончания предоперационного облучения.

В МНИОИ им. П. А. Герцена накоплен некоторый опыт комбинированного лечения с пред- или послеоперационной полихимиотерапией, а также с интраоперационным введением депонированных форм химиопрепаратов пролонгированного действия в ложе удаленного пищевода. Небольшое количество и продолжительность наблюдений не позволяют сделать окончательных выводов относительно эффективности этих мето-

дов, однако создается впечатление, что предоперационная полихимиотерапия не вызывает значительного лечебного патоморфоза опухоли (у всех оперированных отмечена I и II степень лекарственного повреждения, т. е. умеренные дистрофические изменения паренхимы опухоли), дает ряд нежелательных побочных эффектов, при этом наблюдается более тяжелое течение послеоперационного периода. По-видимому, в настоящее время не следует рекомендовать для практических учреждений комбинированное лечение рака пищевода с использованием предоперационной полихимиотерапии, а его использование квалифицировать как ошибку, по крайней мере, пока не будут найдены новые эффективные схемы или способы введения химиопрепаратов.

Что касается комбинированного лечения с использованием интраоперационного введения депонированных форм лекарственных препаратов в ложе удаленной опухоли или с проведением послеоперационной полихимиотерапии, то складывается значительно более благоприятное впечатление относительно возможностей и перспектив этого метода. Имеются наблюдения, когда послеоперационная полихимиотерапия позволяла заметно продлить жизнь больных при явно паллиативных операциях. В связи с этим не будет ошибкой при возникновении сомнений в радикальности проведенного хирургического или комбинированного лечения провести в послеоперационном периоде несколько курсов полихимиотерапии. В институте в настоящее время разрабатываются конкретные показания, схемы, интервалы между курсами. На данном этапе можно рекомендовать использовать блеомицин, метотрексат, препараты группы платины, в течение 1-го года наблюдения — 1 курс в 3 мес, в течение 2-го — 1 курс в 6 мес. При появлении признаков прогрессирования процесса периодичность курсов, их состав могут быть изменены по согласованию с химиотерапевтом. Однако следует отметить, что окончательные выводы о роли и месте полихимиотерапии в комбинированном лечении рака пищевода делать преждевременно, для решения этого вопроса требуются дальнейшие исследования в этой области.

Ошибки в распознавании и устранении осложнений при лечении рака пищевода. При проведении лучевой терапии, кроме общих осложнений, обусловленных этим методом лечения (лейкопения, лучевая интоксикация, местные лучевые реакции — дерматит полей облучения, лучевой эзофагит, ларингит, медиастинит и др.), могут наблюдаться и другие осложнения, специфические для рака пищевода. Наиболее грозным является распад или ускоренная резорбция опухоли на фоне лучевой терапии, что может привести к аррозионному кровотечению из опухоли, перфорации пищевода в зоне опухоли, формированию пищеводно-медиастинального свища, медиастиниту. При появлении признаков этих осложнений (ухудшение общего состояния, гипертермия, кашель, лейкоцитоз, рентгенологически об-

наруженное углубление изъязвления в зоне опухоли) необходимо сделать перерыв в облучении и провести соответствующую консервативную терапию. Продолжение или возобновление лучевой терапии без рентгенологического контроля, который необходим для выявления возможного изъязвления и перфорации опухоли, является грубой ошибкой. По нашему мнению, рентгенологический контроль за состоянием опухоли пищевода необходимо проводить не реже 1 раза в 2 нед при гладком течении лучевой терапии и не реже 1 раза в неделю при лучевой терапии изначально изъязвленной опухоли. При появлении клинических признаков возможных осложнений рентгенологический контроль следует осуществлять по показаниям, в некоторых случаях ежедневно. Иная диагностическая тактика является ошибочной и может привести к несвоевременному распознаванию грозных осложнений.

Среди послеоперационных осложнений при хирургическом и комбинированном лечении рака пищевода преобладают гнойно-воспалительные, из которых наиболее часто встречаются воспалительные бронхолегочные и плевральные осложнения. Это связано с тяжестью и локализацией основного заболевания, особенностями операций, частотой и выраженностью сопутствующих легочных заболеваний.

Наиболее часто в послеоперационном периоде развивается гнойный трахеобронхит с нарушением дренажной функции бронхов, нарушениями легочной вентиляции обструктивного характера, вплоть до развития дыхательной недостаточности и гипоксии. Особенностью течения послеоперационного периода у больных раком пищевода является резкое угнетение кашлевого рефлекса, эффективной стимуляции которого не удается добиться даже с помощью микротрахеостомии и промывания трахеи гипертоническим раствором хлорида натрия. Эффективным выходом из такого положения является санационная бронхоскопия, отказ от которой при очевидной клинике нарушения дренажной функции бронхов у больного после операции по поводу рака пищевода считаем ошибкой. Как показывает практика, никакие другие меры не могут помочь эффективно эвакуировать гнойную мокроту из трахеобронхиального дерева.

Следовательно, пренебрежение санационной бронхоскопией может привести к тяжелым легочным осложнениям (пневмония, ателектаз, дыхательная недостаточность), поэтому является ошибкой. Изложенное выше в равной степени относится и к послеоперационной пневмонии, которая также сопровождается выраженным нарушением дренажной функции бронхов.

Таким образом, отказ от проведения санационной бронхоскопии в комплексе с другими средствами диагностики и лечения послеоперационных бронхолегочных осложнений является ошибкой.

Важным моментом ведения послеоперационного периода у больных раком пищевода является контроль за состоянием плевральной полости как на стороне операции, так и на противоположной. Наиболее эффективной мерой профилактики послеоперационных эмпием при этом считаем полноценную и своевременную эвакуацию жидкости из плевральной полости, которая в течение первых 1,5—2 нед, как правило, скапливается на стороне операции. Решающую роль в выявлении скопления жидкости играет рентгеноскопическое полипозиционное контрольное исследование за экраном, которое позволяет также выбрать оптимальные точки для пункции плевральной полости.

Отказ от систематического рентгенологического контроля за состоянием плевральной полости является ошибкой, которая может привести к развитию эмпиемы плевры.

Следует предостеречь также и от ошибок, связанных с недооценкой клинических данных, свидетельствующих о неблагополучии в плевральной полости, в тех случаях, когда жидкость при контрольной рентгеноскопии скрыта плевральными напластованиями. При этом необходимо проверить результаты рентгеноскопии с помощью контрольной пункции плевральной полости в заднем синусе.

Рентгенологический контроль требуется и перед началом энтерального кормления после операции. Задачами этого исследования являются оценка герметичности швов и функциональной состоятельности искусственного пищевода, состоятельности швов желудка, эвакуации из него бариевой взвеси и пассажа ее по кишечнику. После операций по поводу рака пищевода многие больные ослаблены, астенизированы, получают массивную антибактериальную и анальгетическую терапию, поэтому многие грозные осложнения, в том числе несостоятельность швов, нарушения проходимости желудочно-кишечного тракта, протекают по ареактивному типу и могут не сопровождаться выраженной клинической симптоматикой. Перед началом кормления обязательно должно быть проведено рентгенологическое исследование, без учета результатов которого кормление больного может привести к развитию тяжелых осложнений, поэтому иная тактика является ошибочной.

Ошибки при диспансеризации больных. После завершения лечения в стационарне больной поступает под наблюдение районного онколога. Главной задачей наблюдения является своевременная диагностика возможных рецидивов и их лечение.

Врачебные ошибки, допускаемые при диспансеризации больных после радикального лечения рака пищевода, связаны, как правило, с нерегулярностью наблюдения. В течение 1-го года его необходимо проводить не менее 4 раз, в течение 2-го и 3-го года — не менее 2 раз, в последующем — 1 раз в год. Чаще после лечения рака пищевода заболевание прогрессирует

по типу местного рецидива за счет роста метастазов в лимфатических узлах средостения. Возможным вариантом прогрессирования рака пищевода является метастазирование в лимфатические узлы шейно-надключичных зон или находящиеся в забрюшинной клетчатке. С учетом этого в систему диагностических мер, используемых при обследовании больных в ходе наблюдения, должны быть включены рентгенологическое исследование легких и средостения, анастомоза и искусственного пищевода, ультразвуковое исследование печени и забрюшинного пространства, трахеобронхоскопия, пальпаторное исследование периферических лимфатических узлов с пункцией и цитологическим исследованием при подозрении на наличие метастазов.

Применение меньшего объема исследований при контрольном наблюдении за больным после лечения по поводу рака пищевода является ошибкой.

При обнаружении признаков прогрессирования заболевания, если общее состояние больного остается удовлетворительным, будет ошибкой сразу назначить симптоматическое лечение без обсуждения возможности лучевой терапии или полихимиотерапии, особенно если прогрессирование идет за счет роста метастатически пораженных лимфатических узлов в средостении или надключичных зонах. Использование химиотерапии, лучевой терапии, в том числе и в комбинации друг с другом или с хирургическим иссечением лимфатических узлов, пораженных метастазами (в том случае, если выполнение этой операции возможно), может продлить жизнь больного и улучшить ее качество.

Особую группу составляют больные после лучевой терапии, у которых особенно велика вероятность появления рецидива опухоли в пищеводе. При наблюдении за ними необходимо предусмотреть и регулярный эндоскопический контроль через каждые 3 мес в течение первых 3 лет.

ГЛАВА 15

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ РАКА ЖЕЛУДКА

В настоящее время надежды на улучшение результатов лечения рака желудка в значительной степени связывают со своевременной вторичной профилактикой или ранней диагностикой. Существующая концепция причинно-следственной зависимости между хроническими заболеваниями желудка и раком в изве-

стной мере определяет устоявшуюся диагностическую доктрину. Ее применение, несмотря на все усилия, предпринятые в последние три — четыре десятилетия, не позволило добиться заметного увеличения частоты выявления рака желудка в I—II стадии. Мы считаем, что это в первую очередь связано с неточностью оценок различных критериев риска, действительных и мнимых, используемых в рамках обсуждаемой диагностической доктрины. Формирование группы повышенного риска по факту наличия хронического заболевания желудка (Сборник инструкций МЗ СССР 1956 и 1985 гг.) не дало ощутимых результатов. Отчасти это объясняется положенными в основу диагностической политики методами отбора на основании только клинических и рентгенологических данных. Удивительно, что даже в связи с поистине революционным расширением возможностей диагностики рака желудка с появлением волоконной эндоскопии представления о связи хронических заболеваний и рака желудка принципиально не изменились. Между тем частота ошибок в клинической диагностике рака желудка составляет примерно 25% [Чиссов В. И. и др., 1984]. Предупреждение же их возможно только при исследовании условий происхождения этих заблуждений у клинициста, выбирающего объем обследования. По данным Ю. Я. Грицмана (1981), у 50% больных раком желудка диагноз мог быть установлен в среднем на 6 мес раньше, чем это имело место в действительности. Важнейшее значение при этом имеет так называемая онкологическая настороженность, включающая знания о симптоматике ранних форм опухоли, а также последовательности, необходимом и достаточном объеме обследования при подозрении на заболевание желудка.

15.1. ОШИБКИ НА ЭТАПЕ АКТИВНОГО ВЫЯВЛЕНИЯ

В последние два десятилетия активно разрабатываются методы массового обследования населения. Необходимо отдавать себе отчет в том, что нет оснований рассчитывать на создание универсального метода первичной диагностики рака желудка. Все попытки использовать с этой целью биологические маркеры не дали сколько-нибудь значимых практических результатов либо по критерию чувствительности, либо применимости с учетом методических и экономических соображений. Созданные к настоящему моменту программы скрининга представляют собой, как правило, двухэтапные системы. На первом этапе используется какой-либо доступный для массового применения метод (крупнокадровая флюорография, анкетирование и т. д.), на втором этапе отобранных лиц подвергают углубленному инструментальному обследованию.

С чем же можно столкнуться при организованном таким образом скрининге рака желудка? Прежде всего, разрабатывая такую программу, следует подумать о целесообразности ее

применения в данном регионе. Установлено, что уровень заболеваемости по стране отличается неравномерностью. Соответственно и затраты на проведение скрининга в районе с низкой заболеваемостью могут в конечном итоге оказаться напрасными.

В группе лиц до 30 лет эффективность окажется низкой из-за незначительной заболеваемости, а проведение массового обследования лиц старше 70 лет никак не повлияет на результаты лечения в плане выживаемости. Иными словами, обеспечиваемая значительными государственными средствами программа скрининга должна быть максимально эффективной.

Помимо этой общей позиции, имеет значение и ряд методических аспектов. Использование анамнестического тестирования, в частности, предполагает создание достаточно объективной, простой и не слишком громоздкой анкеты. Среди других заболеваний большое значение имеет комплексность обследования. Анкетирование должно ставить своей задачей отбор по принципу «болен — здоров» и выявлять не больных раком желудка, что на основании анамнеза невозможно, а больных с любой патологией желудка. При анализе анкет с первичной сортировкой вручную вероятны ошибки в формировании групп. В этом плане очевидными преимуществами будет обладать автоматизированное тестирование на терминале ЭВМ или персональном компьютере. При этом анализ ответов будет немедленным, однозначным и содержать рекомендации по дообследованию. Однако анамнестическое тестирование не лишено недостатков, важнейшим из которых является то, что с его помощью можно диагностировать только клинически проявляющийся рак желудка. Для рака, соответствующего индексу T1, это составит примерно 50% от общего числа больных. Недостатки метода очевидны. В связи с этим необходимо учитывать, что при использовании в регионе методики массового обследования нельзя отказываться от применения других методов выявления рака желудка: при самостоятельном обращении больного к врачу, при поступлении в стационар по поводу других заболеваний и т. д.

Наиболее полно изученным методом первичного отбора является крупнокадровая флюорография желудка в 6—8 стандартных положениях. Вообще необходимо отметить, что применение рентгенологического обследования в качестве метода первичного отбора допустимо лишь в рентгенографическом варианте с обязательным полипозиционным исследованием. Только при соблюдении указанных условий можно говорить о достаточных разрешающих возможностях метода. Применение гастрофлюорографии предполагает, что расшифровку полученных флюорограмм будут осуществлять высококвалифицированные, специально подготовленные рентгенологи. Кроме того, необходимо точно соблюдать методику: при съемке в неправильных положениях коэффициент распознавания окажется

ниже, так как не будут исследованы все отделы органа. Для того чтобы исключить ложноотрицательные результаты или снизить их частоту, необходима максимальная стандартизация критериев диагноза, используемых врачами, расшифровывающими флюорограммы.

Как уже отмечалось, при проведении скрининга не следует ориентироваться на выявление только онкологической патологии. Во-первых, отсутствует достаточно специфичный метод, а во-вторых, помимо выявления 0,1—0,4% больных раком желудка от числа обследованных, у 3—4% удается диагностировать хронические заболевания желудка. По данным T. Hirayamai (1981), использование скрининга с крупнокадровой флюорографией позволяет добиться снижения стандартизованного показателя смертности от рака желудка. В то же время автор отметил снижение показателя выявляемости рака желудка с 1,45 до 0,95 за 10 лет, правда, он это связывает с ростом доли повторно обследуемых и снижением заболеваемости в целом. Считается, что повысить окупаемость затрат можно, если в первую очередь обследовать лиц старше 40 лет, ранее не прошедших обследование, и лиц, входящих в группу повышенного риска. Отмечен также и такой факт: ежегодно проводимый скрининг при кажущейся своей общей эффективности не повышает выявляемость рака желудка. Наиболее оптимальный интервал между обследованиями — 2—3 года [Kohgori N., 1987]. Такие же особенности характерны и для метода анамнестического тестирования.

Следовательно, было бы ошибкой предъявлять требования высокой специфичности на первом этапе разработки любой программы скрининга. Это неминуемое сужает круг выявленных случаев заболевания и затрудняет практическое использование метода. Кроме того, программа скрининга должна предусматривать такое дообследование, которое в итоге позволит сформировать реальную группу повышенного риска. Лица, включенные в эту группу, подлежат повторному обследованию в первую очередь. На критериях формирования такой группы остановимся ниже.

15.2. ОШИБКИ НА ЭТАПЕ ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ

По-видимому, мы не до конца осознаем, насколько схематичны существующие представления о симптоматике рака желудка. Пожалуй, наиболее неточным является мнение о существовании неких общих для опухолевого процесса стадий клинических проявлений. При этом стержнем клинического диагноза рака желудка остаются ухудшение общего состояния, слабость, снижение аппетита, иными словами, те симптомы, которые были объединены А. И. Савицким (1948) в синдром «малых признаков». В подавляющем большинстве случаев в отсутствие этих симптомов врач ни за что не заподозрит рак

желудка у больного, предъявляющего жалобы на умеренно выраженные боли в эпигастральной области на фоне общего удовлетворительного состояния. Мы полагаем, что существо так называемой недостаточной онкологической настороженности врачей общей лечебной сети определяется не совсем точным представлением о симптоматике начальных форм рака желудка.

Дело в том, что не только онкологи, но и терапевты исходят из того, что клиническая симптоматика рака желудка в начале болезни характеризуется преимущественно теми функциональными изменениями, которые имеются в доопухолевой фазе развития или типичны для так называемых предраковых заболеваний [Василенко В. Х. и др., 1977]. Как отмечал А. И. Савицкий (1948), основными трудностями ранней диагностики рака желудка являются скрытое течение его начальных форм и присущее раку свойство маскироваться в ранних стадиях развития картиной доброкачественных поражений желудка воспалительного и функционального характера. В общей форме эти положения более чем справедливы, но практика показывает, что именно они и не способствуют мобилизации врачей на раннюю клиническую диагностику рака желудка. Синдром же «малых признаков» позволяет диагностировать в основном местно-распространенный, чаще всего нерезектабельный рак. Мы считаем, что необходимо стремиться к решительному изменению акцентов в представлениях о клинических проявлениях рака желудка I стадии и хронических заболеваний этого органа. Иными словами, в целях практической целесообразности между ними, конечно, сугубо условно следует поставить знак равенства.

При этом очевидно, что клиническая дифференциальная диагностика рака T1 и хронических заболеваний желудка практически ненадежна, но наличие любых желудочных жалоб должно служить поводом для проведения комплексного гастрологического обследования с обязательным установлением морфологического диагноза. В свете изложенного задачей врача поликлиники в диагностике рака желудка является клинически выявить (заподозрить) желудочную патологию и подвергнуть больного правильному целенаправленному обследованию с последующим определением дальнейшей адекватной тактики.

Существующая практика далека от такой схемы действия, поэтому неудивительно, что ошибки клиницистов при диагностике рака желудка, по нашим данным, достигают 25% от всех причин запущенности [Чиссов В. И. и др., 1984]. Поучительным в этом отношении примером является следующее клиническое наблюдение.

Больная Г., 49 лет, поступила в МНИОИ им. П. А. Герцена 9.06.88 г. Около 6 лет отмечала боли в эпигастральной области в правом подреберье, изжогу, которые врачом-терапевтом поликлиники расценивались как прояв-

ления хронического холецистита. Рентгенологическое исследование желчных путей и желудка не проводили. Диагноз основывался только на клинических данных. В мае 1987 г. резко усилились боли в эпигастральной области. Была выполнена рентгеноскопия желудка — диагностирован хронический гастрит. Консервативное лечение сопровождалось эффектом. В марте 1988 г. после психологического стресса вновь возникли боли. В апреле выполнена гастроскопия — выявлена эндофитной формы роста опухоль, занимающая верхнюю и среднюю трети желудка. Произведена операция, ограничившаяся пробной лапаротомией в связи с прорастанием опухоли в тело поджелудочной железы на значительном протяжении и наличием парааортальных метастазов.

Приведенное наблюдение иллюстрирует наиболее распространенный подход к диагностике хронических заболеваний на основе неполного поверхностного обследования.

Особое значение для своевременной диагностики имеет формирование так называемых групп повышенного риска. Оно обосновано уже тем фактом, что, по разным данным, 50% и более больных раком желудка ранее длительно страдали хроническим заболеванием желудка и находились под наблюдением врачей. Однако существующие критерии формирования групп повышенного риска по известной нозологии не обеспечили заметного улучшения ранней диагностики рака желудка, что порождает сомнения в их значимости.

С нашей точки зрения, наиболее обоснованным и перспективным направлением решения этой проблемы представляется разграничение предраковых состояний и предраковых изменений. Первые основаны по существу на совокупности известных клинико-морфологических факторов риска, вторые — только на морфологической характеристике и обозначаются как дисплазия с атипией эпителия различной степени выраженности как на структурном, так и на клеточном ровне. Риск возникновения рака повышается лишь при сочетании первых со вторым, причем наличию предраковых изменений придают решающее значение.

Сам по себе факт наличия атрофически-гиперпластических процессов и кишечной метаплазии не определяет риск развития рака желудка. Непригоден для формирования группы риска и факт снижения секреторной функции желудка, так как, по нашим данным, у 37% больных раком желудка отмечается гипер- и нормацидность.

Следует помнить, что ни гиперацидный гастрит, ни язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в анамнезе не исключают возможность развития рака желудка.

Из предраковых заболеваний желудка традиционно значительное место отводится хронической язве желудка. Источником необоснованной переоценки роли пептической язвы является установление диагноза малигнизированной язвы по макроскопической форме опухоли и гистологическим признакам хронического изъязвления даже в отсутствие характерного клинического анамнеза. Сопоставление клинических и морфологических характеристик первично-язвенного рака T1 и хронически-

кой язвы желудка показало, что они неотличимы клинически и что циклы изъязвление — эпителизация приводят к появлению морфологических признаков хронического изъязвления, поэтому роль язвы в структуре фоновых заболеваний представляется преувеличенной. Практически же обнаружение любого изъязвления слизистой оболочки должно служить поводом для установления морфологического диагноза: всякое изъязвление следует рассматривать как проявление возможного опухолевого процесса до тех пор, пока гистологически не доказана его доброкачественная природа. Никакие другие варианты, помимо морфологической дифференциальной диагностики, в настоящее время недопустимы.

Таким образом, основным фоновым или предшествующим процессом является хронический гастрит. В самой тесной связи с ним находится другой предшественник рака желудка — эпителиальные полипы. На гистологическом уровне они представляют собой неоднородную группу. Установлено, что 70% из них — гиперпластические полипы, 20% — очаговая полиповидная гиперплазия слизистой оболочки и 8% — аденомы — доброкачественные опухоли железистого эпителия. Около 2% образований, принимаемых за полипы, являются полиповидным раком. Малигнизируется около 5% полипов.

Изложенные данные позволяют считать, что сам по себе факт наличия заболеваний желудка, клинически трактуемых как предраковые состояния (хронический гастрит с неравномерной атрофией железистого эпителия, кишечная метаплазия, аденомы, гиперпластические полипы), не позволяет достаточно обоснованно выделить среди массы больных, страдающих этими заболеваниями желудка, тех, у кого риск возникновения рака действительно повышен. Обнаружение так называемого предракового состояния, являющегося недостаточно конкретным и в большей степени обобщающим клиническим понятием, должно служить поводом для более целенаправленного поиска предраковых изменений эпителия. Лишь обнаружение последних, главным образом в форме дисплазии III степени, свидетельствует о действительно повышенном риске возникновения рака желудка и должно служить основой для формирования группы риска из больных, страдающих хроническими заболеваниями желудка и нуждающихся в тщательном диспансерном наблюдении.

Наиболее высок риск развития рака у больных с дисплазией эпителия III степени, поэтому их необходимо подвергать комплексному обследованию не менее одного раза в год, даже на фоне ремиссии хронического заболевания и обязательно при возникновении каждого обострения. Отсутствие предраковых изменений эпителия или меньшая их выраженность позволяет отложить повторные обследования на 3—5 лет либо до появления любых «желудочных жалоб». В отдаленные сроки после перенесенных заболеваний желудка (более 10 лет) боль-

ные, в том числе и перенесшие операцию на желудке, подлежат обследованию один раз в 1—2 года.

Рентгенологический метод в связи с его широким распространением является основным в диагностике рака желудка. Из-за ограниченного объема главы мы не имеем возможности рассматривать частные вопросы рентгенодиагностики и остановимся лишь на основных моментах, способствующих возникновению ошибок.

Информативность исследования определяется полнотой и точностью соблюдения методики исследования, а также квалификацией рентгенолога. Разрешающая способность рентгенологического метода ниже, чем у фиброгастроскопии, в плане установления первичного диагноза. Наибольшей информативностью обладает полипозиционное исследование в известных, строго определенных позициях, оптимальных для различных отделов и стенок желудка, с обязательным выполнением обзорных и прицельных рентгенограмм всех отделов в разные функциональные фазы и при различной степени контрастирования бариевой взвесью и воздухом. Повысить информативность исследования можно, применив методику первичного двойного контрастирования, которая позволяет исследовать недоступные пальпации отделы желудка, получить отображение пневморельефа, а также более четко выявить границу опухолевой инфильтрации. Следует считать ошибкой проведение только рентгеноскопии без выполнения рентгенограмм.

Что же касается дифференциальной диагностики рака желудка и доброкачественных процессов только на основании рентгеносемиотики, то она сложна, а в ряде случаев невозможна. Это касается не только начальных, но и местно-распространенных форм опухоли. Об этом могут свидетельствовать сопоставления рентгенограмм больных, страдавших раком желудка и гастритом Менетрие, раком желудка и хроническим гастритом с флегмоной желудка (рис. 15.1).

Необходимо отчетливо представлять себе, что при нынешнем уровне диагностических возможностей в задачи рентгенологического исследования не входит полное отождествление рентгеносемиотики и соответствующего патологического процесса. Клиницист в свою очередь должен иметь представление о возможностях метода и соответствующим образом оценивать значимость полученных данных, добиваясь проведения эндоскопического исследования. В рамках комплексного обследования задачей рентгенологического метода является выявление очага патологических изменений, определение его локализации и размеров. Однако основываться только на этих данных при установлении диагноза нежелательно как в отсутствие изменений, так и при их наличии. В противном случае возникают врачебные ошибки (25%), приводящие к запущенности процесса в связи с ошибочной рентгенодиагностикой.

Одной из важнейших причин снижения эффективности рент-

генологического исследования являются различия диагностических критериев, используемых разными врачами-рентгенологами, зависящие от уровня квалификации и навыков. Следовательно, для устранения нежелательных воздействий на качество диагностики субъективных и объективных факторов во всех случаях рентгенологическое исследование целесообразно (а при выявлении патологии — обязательно) дополнять гастроскопией с прицельной биопсией.

Фиброгастроскопия является обязательным компонентом комплексного исследования, обладающим самыми высокими разрешающими возможностями. Ее проводят с целью установления эндоскопического диагноза, определения локализации, размеров и формы роста опухоли, возможной множественности поражения, выполнения прицельной биопсии для цитологического и гистологического исследования и установления морфологического диагноза основного и фонового заболевания. Устанавливая эндоскопический диагноз, следует помнить и об относительной патогномоничности визуальной семиотики. При несомненной важности определенных визуальных признаков конструктивных и деструктивных изменений слизистой оболочки в формировании эндоскопического диагноза необходимо во всех случаях получать несколько биоптатов для установления истинного морфологического диагноза.

Другой, не менее важной задачей эндоскопического исследования является уточняющая диагностика. В этом плане взаимное дополнение рентгенологических и эндоскопических данных в характеристике локализации, размеров и формы роста опухоли позволит избежать ошибок при выборе объема операции. Макроскопические и гистологические границы опухоли чаще всего не совпадают. Визуально определяемые размеры опухолей, особенно эндофитных, практически во всех случаях оказываются заниженными, поэтому во избежание неправильного выбора объема оперативного вмешательства целесообразно до операции производить биопсию по предполагаемой линии резекции органа и обязательно в местах, близко расположенных к краю опухоли.

По нашим данным, при раке, соответствующем индексу Т1, в отличие от местно-распространенных его форм морфологический диагноз удается установить до операции во всех случаях: с первой попытки — в 85% наблюдений, а после двух- и трехкратного получения материала — во всех остальных. При раке стадии Т2—Т4 в ряде случаев, главным образом при обширном подслизистом росте опухоли, получить информативный материал бывает трудно. В таких случаях целесообразно получить материал и для гистологического, и для цитологического исследования, причем при взятии материала для последнего следует использовать не только отпечатки слизистой оболочки, но также браш-биопсию и пункцию стенки желудка. Если при раке стадии Т1 цитологическое исследование не имеет пре-

имуществ перед гистологическим в верификации диагноза, то при раке стадии T2—T4 следует считать ошибкой отказ от использования обоих вариантов исследования, так как иногда подтвердить наличие опухолевого процесса удается только цитологически.

Представленные данные об особенностях диагностики рака желудка могут навести на мысль о незначительности роли клинициста в этом процессе. Однако это далеко не так. Во-первых, перед терапевтом, онкологом или хирургом стоит важнейшая задача — правильно выбрать объем обследования. Во-вторых, именно клиницист должен координировать все действия по его проведению и в конце концов дать оценку полученным результатам.

Все изложенное выше свидетельствует о необходимости проводить первичное комплексное обследование (рентгеноэндоскопическое и морфологическое) при наличии любых «желудочных» жалоб даже в случае удовлетворительного общего состояния больного. Рентгенологический, эндоскопический и морфологический методы исследования следует рассматривать не как конкурирующие, а только как взаимодополняющие. Перед каждым из них стоят конкретные задачи и каждый из них позволяет получить определенную информацию.

15.3. ОШИБКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ УТОЧНЯЮЩЕЙ ДИАГНОСТИКИ

Цель проведения уточняющей диагностики в стационаре или при амбулаторной подготовке к хирургическому лечению — получить информацию о распространенности, локализации, множественности поражения и фоновом процессе. Иными словами, должны быть уточнены детали, оказывающие влияние на выбор объема операции и доступа, планирование комбинированных вмешательств и т. д. В ходе уточняющей диагностики решается важнейший вопрос о целесообразности выполнения операции. При этом на основании данных, полученных с помощью наиболее информативных методов, должна быть сделана попытка исключить генерализацию опухолевого процесса.

Во всех случаях следует добиваться максимальной объективизации в определении распространенности опухолевого процесса. На практике это положение сводится к недопустимости отказа от лечения на основании «впечатлений» врача, пускай даже самого опытного. Мы имеем в виду те случаи, когда основанием для установления ошибочного диагноза рака желудка IV стадии служат наличие пальпируемой опухоли, осложнения опухолевого процесса, общее ослабленное состояние больного, сопутствующие заболевания или переход опухоли на пищевод. Лишь морфологическое подтверждение доступных выявлению на клиническом уровне метастазов Вирхова, Шниц-

лера, сестры Джозеф (метастаз в пупок), специфического характера асцита дает основания отказаться от направления больного в специализированный стационар и прибегнуть к выработке плана лечения в поликлинических условиях. При этом прежде всего целесообразно уточнить на консилиуме наличие показаний к выполнению паллиативного вмешательства. Во всех случаях решать вопрос о лечении больного раком желудка необходимо при участии врачей разных специальностей (хирург, терапевт или анестезиолог, онколог).

Первым и наиболее значимым принципом уточняющей диагностики при раке желудка является проведение комплексного исследования первичного очага. Задачами входящего в этот комплекс рентгенологического исследования являются демонстрация очага патологических изменений, определение его точной локализации и размеров, высоты перехода на пищевод, предположительная оценка распространения процесса на другие анатомические структуры, уточнение степени выраженности стеноза и пр. Перед эндоскопическим методом ставится задача оценки аналогичных параметров опухолевого процесса и выявления первичной множественности опухолевых зачатков.

Почему мы подчеркиваем, что уточняющая диагностика обязательно должна носить комплексный характер? Дело в том, что среди практических хирургов распространено ошибочное мнение о том, что для выбора объема операции достаточно самого факта наличия опухоли и результатов интраоперационной ревизии. Однако такая опрометчивость может создать трудную или даже кризисную ситуацию в ходе операции. Например, степень перехода опухоли на пищевод следует оценивать не только эндоскопически, но и рентгенологически, так как часто распространение опухолевых элементов происходит в подслизистом слое и по межмышечным промежуткам, а слизистая оболочка при этом может оставаться интактной. При рентгенологическом исследовании такие изменения, как правило, выявляются более отчетливо. Своевременное определение распространения опухоли на пищевод позволит обоснованно выбрать оперативный доступ, обеспечивающий лучшие условия для выполнения радикальной операции.

В другой ситуации, выявив при рентгенологическом исследовании основной очаг, ошибочно считают необязательным осмотр предполагаемой остающейся части желудка. После выполнения дистальной или проксимальной резекции в таких случаях может быть вскоре выявлен «рецидив» рака в оставшейся части желудка, являющийся не чем иным, как проявлением ранее не установленного мультицентричного роста, который при раке желудка отмечается у 10—20% больных [Feinauer B. et al., 1981; Tomoda K., 1983].

В этом плане выполнение нескольких биопсий по предполагаемой линии резекции и в оставляемой части желудка,

а также из всех полиповидных эрозивных очагов позволит обнаружить фоновые и предраковые изменения слизистой оболочки.

Выявление в таких зонах выраженных предраковых изменений эпителия (дисплазии III степени) способствует правильному выбору объема оперативного вмешательства на желудке. При опухолевом стенозе зоны пищеводно-желудочного перехода определить состояние слизистой оболочки в дистальных отделах желудка трудно. В связи с этим следует очень осторожно подходить к выбору объема операции в пользу проксимальной субтотальной резекции желудка, особенно при эндофитной и смешанной формах роста опухоли с распространением ее на среднюю треть желудка.

На этом этапе диагностики необходимо добиваться максимального совпадения рентгенологических и эндоскопических данных о локализации, границах распространения опухоли по органу, формы ее роста, что уменьшает вероятность лечебно-тактических ошибок.

Среди методов диагностики, с помощью которых можно уточнить внеорганное распространение рака желудка, следует назвать лапароскопию, ультразвуковое исследование брюшной полости, компьютерную томографию, рентгенологическое исследование в условиях тройного контрастирования, сканирование печени, лимфографию. Исходя из нашего опыта, в обязательный комплекс методов, используемых при уточняющей диагностике, следует включать лапароскопию и ультразвуковое исследование брюшной полости. Применение этих методов, обладающих наибольшей разрешающей способностью, примерно у 10% обследованных позволяет отказаться от выполнения пробной лапаротомии в связи с обнаружением генерализации процесса. Несомненно, что данные, полученные с помощью обоих методов, требуют морфологической верификации. Если же материал для этого получить не удается или он малоинформативен, то должна быть предпринята лапаротомия как заключительный этап диагностики. Такой подход сводит к минимуму возможность принятия ошибочного решения о неудалимости опухоли.

Лапароскопия показана при раке желудка II—IV стадии, а также при подозреваемом или доказанном рецидиве рака желудка. В то же время было бы ошибкой прибегать к лапароскопии при наличии осложнений опухолевого процесса, являющихся жизненным показанием к операции. Всегда должны быть использованы все возможные методические приемы для изучения париетальной и висцеральной брюшины, печени, органов малого таза, желудка. При выявлении патологических очагов, которые могут быть расценены как проявление диссеминации опухолевого процесса, необходимо получить материал для морфологического исследования. Даже в случае проведения лапароскопии опытным эндоскопистом-онкологом час-

тота ошибочных визуальных заключений достигает 5% [Виноградов А. Л., 1975]. Так, воспалительные или рубцовые сращения могут быть приняты за признаки диссеминации опухолевого процесса по брюшине. Причиной ложноотрицательных результатов лапароскопической диагностики может быть расположение метастазов в зонах, недоступных (паренхима печени, забрюшинное пространство) или труднодоступных (брюшина корня брыжейки тонкой кишки, малого таза) для осмотра.

Ошибкой является отказ от выполнения лапароскопии всем больным, которым ранее была произведена лапаротомия. Безусловно, риск развития осложнений при этом исследовании в таких случаях повышается, однако опасности, как правило, преувеличены, а между тем с его помощью в 30% случаев удается подтвердить, а в 10% — отвергнуть наличие диссеминации [Виноградов А. Л., 1975].

Ультразвуковое исследование брюшной полости — неинвазивный и в опытных руках высокоинформативный метод. Оно позволяет хирургу правильно сориентироваться в отношении возможного метастатического поражения, которое невозможно обнаружить с помощью эндоскопических методов. Паренхима печени, поджелудочная железа, забрюшинные лимфатические узлы — это «зоны интереса», доступные ультразвуковому исследованию. В значительной части случаев возможна пункция патологических очагов тонкой иглой под контролем ультразвука.

Ошибкой следует считать отказ от включения в комплекс методов предоперационного обследования рентгенографии легких и средостения. Эти исследования позволяют в части случаев обнаружить метастатическое поражение, а также дают необходимую сравнительную информацию, подчас приобретающую важнейшее значение в диагностике осложнений в послеоперационном периоде.

У 2—3% больных раком даже при многократных прицельных биопсиях в процессе фиброэндоскопического исследования не удается установить морфологический диагноз. Это характерно для случаев роста опухоли по типу пластического линита, когда распространение ее в основном идет под слизистой оболочкой и выявить участок ее поражения очень трудно. Имеющийся у нас опыт свидетельствует о необходимости в таких случаях произвести три — четыре биопсии, а при гипертрофических процессах типа болезни Менетрие полезной оказывается так называемая петлевая биопсия, выполняемая петлей, предназначенной для эндоскопической полипэктомии. Лишь при отрицательных результатах гистологического и цитологического исследований полученного таким образом материала в том случае, если еще остаются сомнения, следует прибегать к диагностической лапаротомии и гастротомии со срочным морфологическим исследованием.

15.4. ОШИБКИ В ЛЕЧЕНИИ

Ошибки на этапе стационарной помощи. В настоящее время лечение значительной части больных раком желудка осуществляют в общелечебных учреждениях. Вследствие недостаточного количества онкологических стационаров, по-видимому, еще длительное время лечение таких больных будут проводить без участия специалиста по абдоминальной онкологии. Между тем вполне очевидно, что хирургическое и комбинированное лечение рака желудка имеет выраженную специфику. Наконец, для того чтобы с максимальной эффективностью лечить больных раком желудка, стационар должен располагать рядом специализированных подразделений (отделение интенсивной терапии, служба срочной морфологической диагностики и др.). В противном случае хирург, стремясь получить благоприятные непосредственные результаты, в отсутствие упомянутых подразделений вынужден, к примеру, отказываться от выполнения расширенных и комбинированных вмешательств транстораканального доступа и т. д. Немаловажным является и наличие практического опыта, определенного диапазона хирургических возможностей.

С целью иллюстрации высказанных соображений приведем данные Б. М. Шубина и соавт. (1977). При анализе работы московских лечебных учреждений выяснилось, что больных раком желудка госпитализировали более чем в 50 хирургических стационарах. Во многих из них радикальные операции выполняли очень редко — в среднем не более 8 операций в год. Резектабельность в стационарах, где выполняют до 15 радикальных операций в год, составила 23%, а в стационарах, в которых производят более 15 таких операций в год, — 32%. Многие общие хирурги полагают, что они могут оперировать больных раком желудка, потому что в состоянии произвести резекцию желудка или гастрэктомию. Б. М. Шубин и соавт. (1977) установили, что в стационарах общей лечебной сети примерно 30% всех радикальных операций составляет простая резекция (без удаления клетчатки с соответствующими лимфатическими коллекторами, без перевязки левой желудочной артерии и т. д.). Гастрэктомия и проксимальные резекции в процентном отношении к радикальным операциям в общехирургических стационарах составляют величину в 2,5 раза меньшую, чем в онкологических, и в 2 раза меньшую, чем в специализированных клиниках. Все это не может не повлиять на отдаленные результаты. Так, если после радикальных операций, выполненных в специализированных стационарах, в среднем 5 лет живут 37%, то после лечения в общехирургических стационарах только 12%.

Аналогичные данные приводят наши коллеги из ГДР В. Слизов и Г. Маркс (1986). Они сообщают, что в учреждениях, выполняющих по 5 радикальных операций в год, операбельность

составила 53,7%, резектабельность — 13,2%. В случае выполнения более 20 радикальных операций в год эти показатели составляют соответственно 80,9 и 38,5%. Такая же зависимость установлена при анализе послеоперационной летальности: в учреждениях первой группы она составила 20,7%, а второй — 10,1%.

Первый и наиболее важный вывод из изложенного выше состоит в том, что лечить больных раком желудка должен не просто тот, кто хочет и способен это делать, а тот, кто обладает для этого необходимыми возможностями. В настоящее время такие возможности имеют главным образом стационары онкологических диспансеров и ряд кафедральных клиник медицинских институтов.

В связи с этим уместно вспомнить, что значительная часть больных, у которых возникают осложнения опухолевого процесса, попадают в общелечебные стационары в экстренном порядке. По данным Ю. М. Панцырева (1986), опухоли желудка (среди которых рак занимает основное место) составляют 10—15% причин гастродуоденальных кровотечений. В настоящее время общепринято в такой ситуации производить экстренную фиброгастроскопию с диагностическими и лечебными целями, стремиться остановить кровотечение консервативными средствами, а затем провести дообследование. При наличии местнораспространенной опухоли диагностика, как правило, не вызывает значительных затруднений даже на этапе интраоперационной ревизии. Однако в части случаев, особенно при небольших опухолях, источником кровотечения считают язву. В связи с этим необходимо во всех случаях добиваться эндоскопического выявления источника кровотечения и купирования его консервативными или, в крайнем случае, оперативными мерами, а затем обязательно установить морфологический диагноз. Такой подход избавит от скоропалительных решений в виде нерадикального иссечения «язвы», прошивания стенки в зоне кровоточащего сосуда и т. д. Тем более непростительно в такой ситуации отказываться от полноценного обследования после ликвидации кровотечения. В то же время, если купировать кровотечение консервативными средствами не удается, то необходимо произвести оперативное вмешательство на высоте кровотечения, не отказываясь от малейшей возможности удалить опухоль.

Наиболее обоснованный с онкологической точки зрения метод лечения местно-распространенного рака, во всяком случае его III стадии,— комбинированный. В противном случае значительная доля усилий хирургов заведомо напрасна. Согласно результатам интраоперационного и послеоперационного морфологического исследования, в 1-й год после «радикальной» операции умирает 30% больных раком желудка III стадии. Понятно, что в части случаев это связано с недиагностированной вовремя генерализацией процесса, а в остальных — с непримене-

нием своевременной адъювантной противоопухолевой терапии. Приведенные выше данные позволяют нам поставить вопрос в конкретной форме: достаточно ли только хирургического лечения местно-распространенного рака желудка III стадии? В настоящее время следует считать, что недостаточно. Варианты лечения могут быть различными, но оно должно быть комбинированным и включать предоперационную лучевую терапию с облучением первичного очага и зон регионарного метастазирования, послеоперационную адъювантную химиотерапию и др. Альтернативы такому подходу пока не существует.

Поскольку хирургический метод остается основой радикального лечения рака желудка, в дальнейшем разборе возможных лечебных ошибок основное внимание будет уделено этому методу. Как уже отмечалось, залогом эффективного и рационального хирургического лечения рака данной локализации является проведение уточняющей диагностики в максимально возможном объеме. Требование точно формулировать диагноз с указанием объема поражения по третям желудка, формы роста опухоли, возможного перехода на пищевод по сегментам, заинтересованности смежных органов и структур не является «академической прихотью». Наоборот, перефразируя известный тезис «нет ничего практичнее хорошей теории», можно сказать, что нет ничего полезнее для выбора объема оперативного лечения рака желудка, чем точный диагноз.

В непосредственной связи с выбором объема операции находится и выбор оперативного доступа. Основным вариантом вмешательства является гастрэктомия: она составляет 40—50% от радикальных вмешательств. Несмотря на то что в большинстве случаев эта операция является наиболее адекватной по онкологическим соображениям, мы не являемся сторонниками ее выполнения во всех случаях «из принципа» [Pichlmayr R., Meyer H., 1979]. F. Kummerle (1982), H. J. Peiper (1982) и др. справедливо указывают, что выполнение гастрэктомии по принципиальным соображениям в настоящее время нельзя считать рациональным прежде всего потому, что она не обеспечивает увеличения выживаемости в сравнимых группах, часто сопровождается поздними послеоперационными осложнениями (агастральный синдром, рефлюкс-эзофагит, обменные нарушения и др.) и характеризуется более частым развитием экстрагастральных рецидивов по сравнению с локальными в анастомозе. Дистальная субтотальная резекция желудка сопровождается меньшей послеоперационной летальностью, обеспечивает лучшие функциональные результаты. Следовательно, ее необходимо выполнять во всех случаях, когда это не противоречит онкологическим соображениям. Однозначным является условие проводить срочное интраоперационное морфологическое исследование материала, взятого по линии резекции. Следует подчеркнуть, что, просто соблюдая необходимое расстояние от края опухоли до линии резекции, как пола-

гают многие практические хирурги, во многих случаях добиться радикализма не удается. В целом опухолевые элементы по линии резекции выявляют в 11,3—12,4%, причем чаще всего их обнаруживают проксимальнее линии резекции (22,4%) [Блохин Н. Н. и др., 1981; Kirchsner R., 1987].

Таким образом, по совокупным данным литературы и собственным материалам, в том случае, если резекция оказалась нерадикальной, отдаленные результаты в 2—5 раз хуже, а 31—56,7% больных умирают от местного рецидива с метастазами. Эти данные свидетельствуют о том, что, помимо других обстоятельств, определяющее значение имеет правильно выбранный оперативный доступ. Абдоминальный доступ позволяет рассчитывать на радикальность резекции лишь в том случае, если верхняя граница опухоли находится на уровне субкардии. Поражение розетки кардии, выявляемое рентгенологически или эндоскопически, любые признаки поражения абдоминального сегмента пищевода являются показаниями к применению комбинированного тораколапаротомного доступа слева. При переходе опухоли на пищевод выше диафрагмы произвести радикальную резекцию пищевода в большинстве случаев можно лишь при выполнении верхнесрединной лапаротомии и завершении операции после торакотомии справа.

Интраоперационная уточняющая диагностика — это заключительный этап диагностического процесса. На этом этапе чрезвычайно важна строгая последовательность действий. При ревизии брюшной полости прежде следует убедиться в отсутствии отдаленного метастазирования и диссеминации опухолевого процесса по брюшине. Этот этап диагностики необходимо проводить с учетом принципов абластики и ревизию следует начинать с периферии, в последнюю очередь исследуя желудок с опухолью. Обязательным компонентом ревизии следует считать морфологическую верификацию распространенности процесса с помощью срочного интраоперационного гисто- или цитологического исследования. После ее проведения у 20% больных существенно изменяется представление о стадии заболевания, сложившееся на основании результатов ревизии [Жандарова Л. Ф., 1979]. В связи с этим хирург не имеет права давать заключение о распространенности процесса только на основании визуальных данных или результатов пальпации. В противном случае неверные действия почти неизбежны и могут привести к тяжелым лечебно-тактическим ошибкам. Подкрепим эту точку зрения конкретным примером.

Больная Т., 35 лет, поступила в МНИОИ им. П. А. Герцена 29.10.87 г. в связи с жалобами на боли в эпигастральной области, снижение аппетита, похудание, слабость С 1978 г. страдает хроническим гастритом. В августе 1986 г. боли резко усилились. На основании результатов рентгенологического исследования заподозрена опухоль желудка, и больная была направлена в городской онкологический диспанспер. Без дальнейшего обследования 11.09.86 г. произведена эксплоративная лапаротомия. При ревизии выявлена опухоль антрума, проросшая в поджелудочную железу и диссеминировавшая

по брюшине. Результаты срочного морфологического исследования не подтвердили распространенность процесса. В связи с локализацией опухоли сформирован впередиободочный гастроэнтероанастомоз. По настоянию родственников больная направлена на консультацию в МНИОИ им. П. А. Герцена.

При проведенных в институте рентгенологическом и эндоскопическом исследованиях опухолевая патология в желудке не обнаружена, в средней и нижней третях желудка множественные полипы, один из которых пролабирует в двенадцатиперстную кишку. С помощью морфологического исследования биоптатов выявлены гиперпластические полипы без признаков злокачественного роста. При лапароскопии по висцеральной брюшине обнаружены белесоватые наложения, не вполне характерные для диссеминации. В биоптате картина пролиферации мезотелия. Ультразвуковое исследование: хронический панкреатит. Как заключительный этап диагностики 10.12.87 г. произведена лапаротомия. При ревизии опухолевой патологии в желудке не обнаружено, перигастральные лимфатические узлы гиперплазированы, в брюшной полости умеренное количество серозной жидкости, на брюшине сальника тонкой кишки и желудка белесоватые наложения. Проведено срочное морфологическое исследование рубцовой ткани, жидкость в брюшине представляет собой реактивный экссудат на воспалительный процесс с образованием псевдоопухоли в области антрума, перигастрит. 24.12.87 г. больная выписана в удовлетворительном состоянии. Под наблюдением находится около года, признаков опухолевого роста в желудке не выявлено.

Неправильный подход к интраоперационной ревизии может привести к необоснованному отказу от вполне возможных радикальных вмешательств. Так, из числа госпитализированных в отделение абдоминальной онкологии после пробных лапаротомий, произведенных в стационарах по месту жительства без морфологической верификации генерализации процесса, у 16% больных удается выполнить радикальную операцию.

Приведенные данные показывают, что в учреждениях, не имеющих возможности проводить интраоперационную срочную морфологическую диагностику, не следует заниматься хирургическим лечением больных раком желудка в плановом порядке. Всякий хирург, берущий на себя ответственность лечить таких больных, должен сознавать, что срочное морфологическое исследование просто незаменимо при установлении характера патологического процесса, глубины прорастания стенки желудка и соседних органов опухолью, исследовании лимфатических узлов, подтверждении отдаленного метастазирования по брюшной полости, контроле абластичности линии резекции.

Рассматривая вопрос о интраоперационной ревизии, необходимо уточнить и особенности хирургического лечения рака желудка стадии T1, или так называемого раннего рака — термин, принятый в мировой литературе [Hess R., 1956]. Интересно, что в довольно обширной литературе по этому вопросу совершенно отсутствуют сведения о возможных ошибках в действиях хирурга. Казалось бы, никаких опасностей при лечении таких опухолей быть не может. Однако это не так. В первую очередь это связано с тем, что примерно в $^1/_4$ случаев даже при бимануальной пальпации опухоль в желудке не определяется или границы ее пальпируются неотчетливо. При этом у хирурга возникает чувство психологической напряженности, не-

уверенности из-за необходимости резецировать «здоровый желудок». Если хирург не имеет опыта в этой области, то он отказывается от выполнения резекции. Примером таких действий хирурга является следующее наблюдение.

Больной Ф., 30 лет, поступил в МНИОИ им. П. А. Герцена 24.05.88 г. С мая 1987 г. стал отмечать боли в эпигастральной области. В декабре обратился к врачу, но при обследовании патологии в желудке не обнаружено. В феврале 1988 г. в связи с сохранением болей в эпигастрии обследован в городской больнице, являющейся клинической базой одного из медицинских институтов. Эндоскопически выявлен рак нижней трети желудка, подтвержденный результатами гистологического исследования биоптата из изъязвления слизистой оболочки размером до 1 см. 29.02.88 г. произведена лапаротомия. Пальпаторно опухоль в желудке не определялась. Произведена гастротомия: язва не обнаружена. Ситуация расценена как ошибочная морфологическая диагностика при эпителизации язвы желудка. Операция закончена пробной лапаротомией. Послеоперационный период без особенностей.

5.04.88 г. при контрольной гастроскопии из зоны эрозии вновь получен биоптат, при исследовании которого обнаружен опухолевый рост. Больной направлен на консультацию в МНИОИ им. П. А. Герцена. При обследовании в институте диагноз подтвержден, и 11.05.88 г. произведена лапаротомия: опухоль не пальпируется. На основании результатов предоперационного обследования выполнена дистальная субтотальная резекция желудка (рис. 15.2). При морфологическом исследовании операционного препарата установлена опухоль размером 2×2 см в виде изъязвления неправильной формы, гистологически — перстневидноклеточный рак с инвазией в пределах слизистой оболочки без метастазов в лимфатических узлах.

Залогом успешного хирургического лечения таких непальпируемых форм рака желудка стадии T1 является тщательное предоперационное обследование с установлением морфологического и топического диагноза, производством биопсий по предполагаемой линии резекции. Последний прием позволяет избежать нерадикальных резекций при значительных по площади стелющихся опухолях, мультицентричном росте, не обнаруживаемом макроскопически. Дело в том, что визуально хорошо различимы, как правило, лишь центральные экзофитные, эрозированные участки опухоли. По краям же дифференцировать нормальную и опухолевую ткани крайне трудно. Недооценка площади поражения может поставить хирурга в сложное положение в процессе операции.

Предложенные методы топической интраоперационной диагностики при таких опухолях, прежде всего прямая и обратная трансиллюминация, не обладают достаточной разрешающей способностью [Сигал М. З., 1961; Сигал М. З., Муравьев В. Ю., 1985]. Опираясь на опыт хирургического лечения более чем 200 больных раком желудка стадии T1, мы можем отметить, что при трансиллюминации такие опухоли неразличимы. Если же при просвечивании возникают затемнение участка стенки и изменение нормальной ангиоархитектоники, то опухоль либо проросла в мышечный слой, либо образует экзофитный массив. В обоих случаях ее без труда можно определить при пальпации и необходимость в трансиллюминации не возникает. Наоборот, в наиболее сложной для принятия ре-

шения ситуации, когда опухоль не пальпируется, а это относится прежде всего ко II и реже III типу рака желудка стадии T1 (по классификации Японского общества эндоскопистов, 1962), трансиллюминация никаких преимуществ не имеет. В том случае, если хирург не может принять решение об уровне резекции, целесообразно сразу же, не травмируя дальнейшей пальпацией слизистую оболочку желудка, произвести интраоперационную фиброгастроскопию и нанести под ее контролем лигатурную метку над опухолью. Желательно, чтобы это исследование выполнял эндоскопист, видевший опухолевый процесс до операции. Не выдерживает критики также использование гастротомии для уточнения расположения опухоли при раке желудка стадии T1. Обнаружить опухоль при этом, за редким исключением, не удается, особенно при сохранении складчатости слизистой оболочки. Кроме того, более высока вероятность нарушения асептики.

В связи с развитием волоконной эндоскопии значительно расширились и возможности лечения. Появились сообщения об электрохирургическом и лазерном эндоскопическом удалении рака желудка стадии T1. Однако использование этих методов ограничивается отсутствием методов, позволяющих установить истинность стадии T1N0. В связи с этим в настоящее время чрезэндоскопическое удаление или деструкцию опухоли применяют у больных, которым противопоказано выполнение стандартных вмешательств, или при отказе больного от их выполнения.

При осуществлении оперативных вмешательств такого рода наиболее распространенной ошибкой является недооценка распространения опухоли в слизистой оболочке, окружающей визуально различимый компонент аденокарциномы. Например, при удалении экзофитной части рака стадии T1 в прилегающей слизистой оболочке остаются края опухоли, которые впоследствии становятся источником «рецидива». Таким источником могут явиться и остатки аденокарциномы в основании удаленной опухоли. Уточнению этого вопроса следует уделить особое внимание при гистологическом исследовании удаленной части опухоли.

Выполняя подобные эндоскопические вмешательства, необходимо с помощью множественных биопсий контролировать радикальность удаления опухоли. После таких вмешательств больным необходимо регулярно проводить эндоскопические и морфологические исследования.

Многообразие используемых методик хирургического лечения рака желудка и ограниченный объем настоящей главы не позволяют нам детально останавливаться на всех вероятных технических ошибках. Бесспорными остаются требования абластики, удаления единым блоком органа и связочного аппарата, стремление к максимально раннему после начала операции пересечению сосудов в связи с возникающим в процессе

мобилизации выбросом опухолевых клеток в кровоток. Если при выборе объема оперативного вмешательства при раке желудка хирург не должен прибегать к отличающимся от принципиальных онкологических положений техническим приемам, то при выполнении реконструктивного этапа операции такие строгие требования не столь уж обязательны. Хороша та операция или вариант анастомоза, которым оператор владеет в совершенстве. Завершая реконструктивный этап операции, нужно принять все необходимые меры для устранения причин возможного возникновения внутренних грыж и ущемления органов, ротации вокруг оси или натяжения анастомозированного пищевода, желудка или тонкой кишки.

Мы считаем, что необходимым компонентом операций на желудке остается адекватное дренирование брюшной и плевральной полостей в случае применения комбинированных доступов. Некоторые зарубежные авторы полагают, что дренирование не уменьшает существенно частоту осложнений. Позволим себе не согласиться с таким мнением. Дренаж необходим для удаления раневого отделяемого, а также в течение 3—5 суток обеспечивает контроль за состоятельностью соустья, он может также оказаться полезным при гнойных осложнениях, развивающихся самопроизвольно или в результате расхождения швов анастомоза. Важным техническим моментом считаем проведение дренажей через контрапертуры, а не через рану. Желательно также провести контрастное рентгенологическое исследование анастомоза на 4—5-е сутки после операции, особенно после гастрэктомии или проксимальной резекции желудка, перед началом перорального питания. Наряду с общеизвестными клиническими данными это позволяет диагностировать несостоятельность анастомоза, анастомозит, гидроторакс, скопление жидкости под диафрагмой. Систематический рентгенологический контроль в послеоперационном периоде обеспечивает более раннюю диагностику осложнений и, следовательно, их более эффективное лечение.

Ошибки при диспансерном наблюдении за больными. Важнейшим моментом является постоянное диспансерное наблюдение за больными, которым было проведено хирургическое или комбинированное лечение по поводу рака желудка. Основной задачей такого наблюдения является своевременная диагностика рецидива заболевания, выявление метахронных опухолей. Диспансерное наблюдение необходимо проводить во всех случаях с помощью рентгеноэндоскопических, морфологических и общеклинических методов исследования. Ограничение обследования только получением клинических данных значительно снижает эффективность диагностики.

Наиболее высока частота продолженного роста и рецидивов в первые 2 года наблюдения. В этот период времени обследование необходимо проводить через 3—6 мес. Непременным условием его является рентгено-эндоскопическое исследо-

вание с использованием морфологического метода для подтверждения локального рецидива рака или генерализации опухолевого процесса. Наиболее распространенной ошибкой, допускаемой при диспансеризации радикально леченных больных, является часто необоснованное «списывание» за счет неподтвержденного рецидива заболевания любых патологических процессов у больного. Хорошо известно, что астенизация больных после гастрэктомии иногда достигает крайней выраженности, сопровождаясь значительным снижением массы тела, резкой гипопластической анемией. В подобных случаях состояние больных нередко ошибочно расценивается как следствие генерализации опухолевого процесса. Однако при отсутствии объективных данных за генерализацию опухолевого процесса следует в обязательном порядке проводить эффективную реабилитационную терапию. Мы располагаем целым рядом наблюдений, когда такие пациенты, расценивавшиеся первоначально как безнадежные, благодаря повторным курсам общеукрепляющего лечения успешно преодолевали эти состояния.

Поэтому в процессе диспансеризации наряду с установлением онкологического благополучия больных необходимо периодическое проведение им восстановительной и общеукрепляющей терапии. Такие больные нуждаются в периодической коррекции алиментарных расстройств, ферментативной замещающей терапии, стимуляции гемипоэза, иммуностимуляции. Наиболее эффективны в этом плане курсы стационарного восстановительного лечения. Четко установлено, что периодическая восстановительная терапия увеличивает продолжительность жизни таких больных [Панахов Д. М., 1979; Лактионова А. И., 1983]. Следовательно, при динамическом наблюдении больных, перенесших радикальное лечение по поводу рака желудка, двумя непреложными требованиями являются объективизация диагноза рецидива заболевания и периодическая восстановительная терапия.

ГЛАВА 16

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ

В лечебные учреждения нашей страны госпитализируют от 60 до 90% больных раком толстой кишки с первоначально неправильно установленным диагнозом. Число больных, у которых заболевание диагностируют в поздних стадиях, составляет около 70—80%, у 18—38% из них к моменту выявления опухоли уже развивается IV стадия заболевания. Рак обо-

дочной кишки I стадии диагностируют только у 0,85%, II — у 8,8%, III — у 51,4% и IV стадии — у 39,9% больных [Ефимов Г. А., 1984].

Ошибки в обнаружении рака толстой кишки могут быть допущены как при профилактических осмотрах населения, так и при обследовании лиц, обращающихся к врачу с определенными жалобами.

Плохая организация массовых осмотров здорового населения, а порой и отказ от их проведения являются основными причинами позднего выявления колоректального рака. Единственный эффективный массовый метод ранней диагностики рака этой локализации — хорошо организованный скрининг с формированием групп больных повышенного риска. К ним должны быть отнесены лица с генетически обусловленной предрасположенностью к колоректальному раку, больные с полипами, хроническим язвенным колитом, а также имеющие в анамнезе рак другой локализации в связи с вероятностной метахронной первичной множественностью.

При скрининге на рак толстой и прямой кишки необходимо использовать тест на скрытую кровь в кале. Для ее определения разработана высокочувствительная легко выполнимая реакция — «гемокульт», основанная на определении псевдопероксидазной активности гемоглобина. Результаты исследований, проведенных в США, Англии, Швеции и других странах на большом числе обследованных, свидетельствуют о том, что с помощью этого теста можно выявлять больных с бессимптомным или малосимптомным течением рака в стадии, когда возможно радикальное лечение [Winawer S. J., Muller D., 1987]. Не использовать этот тест — значит допустить ошибку.

Большое число диагностических ошибок встречается в группе лиц, предъявляющих определенные жалобы. Ошибки могут быть обусловлены как объективными, так и субъективными причинами. Среди первых — ошибки, связанные с особенностями проявления заболевания, отсутствием патогномоничных симптомов в ранних стадиях его развития. Происходит это потому, что симптоматика рака ободочной и прямой кишки многообразна, а клинические проявления в ранних стадиях заболевания скудны, поэтому иногда врачи недооценивают имеющиеся симптомы и лечат больных по поводу предполагаемого другого, неопухолевого заболевания. Предотвратить подобные диагностические ошибки можно при условии, что будет проведен целенаправленный анализ жалоб, тщательно собран анамнез и проведено своевременное комплексное обследование с обязательной эндоскопией и морфологической верификацией диагноза. Тем более надо отметить, что больных, у которых заболевание протекает скрыто, немного: по данным ВОНЦ, Киевского института онкологии, МНИОИ им. П. А. Герцена и др., их число не превышает 6% от всех больных раком этой локализации.

Одна из субъективных причин ошибок заключается в том, что население не информировано о различных проявлениях этого заболевания, вследствие этого 28% заболевших обращаются к врачу только в поздней стадии. Фатальность ситуации состоит в том, что опухоль развивается очень медленно, в течение нескольких лет, симптомы появляются периодически, нарастая постепенно, но неосведомленный больной не принимает всерьез появившиеся изменения, приспосабливаясь к медленно развивающемуся дискомфорту и болям, неправильно реагируя на изредка появляющуюся примесь крови в кале. В результате этого от момента появления первых клинических признаков болезни до установления правильного диагноза и начала лечения проходит от 6 мес до 1,5—2 лет [Zablonska M. et al., 1982]. В течение 1-го месяца после появления клинических проявлений к врачу обращаются 21% больных раком прямой кишки, в течение 3 мес и более — 32%, спустя 12 мес и более — около 22,8% больных [Симкина Е. С., 1980]. При раке ободочной кишки в первые 2 мес после появления симптомов к врачу обращаются 56%, в течение 2—6 мес — 25,8%, спустя 6 мес — 1 год — 8,6% и через 1 год и более — 9,6% [Патютко Ю. И., 1981].

Субъективными причинами врачебных диагностических ошибок при данной патологии являются также низкая квалификация и слабая онкологическая настороженность врачей общей сети. Вследствие этого у 40% больных диагноз злокачественной опухоли толстой кишки устанавливают только спустя несколько месяцев после их первого обращения к врачу, а у 58,5% больных раком ободочной кишки к моменту госпитализации истинный диагноз еще не установлен. Это происходит по вине врача в 36—60% случаев, т. е. каждый второй пациент, обратившийся с жалобами к врачу, не получает специализированной медицинской помощи на протяжении многих месяцев [Симкина Е. С., 1980; Miller С. А., 1984; Funch D. Р., 1985]. В какой-то мере это происходит потому, что в значительной части медицинской литературы, предназначенной для врачей общей лечебной сети, очень мало внимания уделяют описанию клинической симптоматики ранних форм рака прямой и ободочной кишки.

Снижения частоты такого рода диагностических ошибок на догоспитальном этапе диагностики рака толстой кишки можно добиться только путем систематического повышения онкологических знаний врачами общей лечебной сети. Это, безусловно, будет способствовать тому, что таких больных будут быстрее направлять к онкологу.

Какова же чаще всего судьба человека, у которого появились признаки неблагополучия, дискомфорта в кишечнике? Чаще всего при появлении соответствующих симптомов больные обращаются к терапевту или хирургу. Так, к терапевтам обращалось 52,3%, а к хирургам — 41,7% больных раком пря-

мой кишки и соответственно 45,7 и 35,3% с заболеванием толстой кишки [Симкина Е. С., 1980; Ефимов Г. А., Ушаков Ю. М., 1984]. Если больной приходит к терапевту, то его направляют в инфекционную больницу с диагнозом «дизентерия» или длительно лечат у хирурга по поводу «геморроя». Находясь в больнице, получая диетическое питание, больной успокаивается, у него налаживается ежедневный стул, иногда кровянистые выделения временно прекращаются, и он возвращается к своей обычной жизни. Все это касается 60% заболевших раком ободочной и прямой кишки.

В ранних стадиях рака толстой кишки клинические симптомы выражены нерезко, неспецифичны, непатогномоничны и проявляются периодически. Состояние больных длительное время остается удовлетворительным, работоспособность сохраняется, и лишь по мере развития опухоли нарастает выраженность симптомов заболевания. Довольно часто при раке правой половины толстой кишки установление диагноза связано с определенными трудностями. Ноющие боли, периодически усиливающиеся боли в правом подреберье недооцениваются врачом. Его вводит в заблуждение отсутствие симптомов кишечной непроходимости. Тем не менее даже при значительных размерах опухоли длительное время сохраняется эластичность стенок и кишечная непроходимость развивается редко.

На ранних этапах развития опухоли нисходящей, сигмовидной и прямой кишки симптоматика скудная. Наиболее частыми первоначальными симптомами являются патологические выделения из кишки в виде слизи и крови в кале. Если при экзофитных опухолях кровь в кале появляется рано и довольно регулярно, то при эндофитных — значительно позже и реже и не привлекает к себе внимания ни больного, ни врача. В ранних стадиях рака прямой кишки местные симптомы вообще нерезко выражены и тем более не патогномоничны.

Нередко первые жалобы больного связаны с нарушением пассажа по кишке, изменением формы кала, ложными позывами — клиническими признаками развитого рака прямой кишки. Вместе с тем довольно часто такие функциональные расстройства являются единственным признаком рака и вначале у многих больных не вызывают беспокойства. Затруднения при отхождении кала, выделение его небольшими порциями, стойкая задержка, сменяющаяся внезапным опорожнением кишечника в виде поноса, вводят в заблуждение неподготовленного врача. Иногда больные жалуются на понос, принимая частое выделение небольшого количества слизи, водянистых и кровянистых масс за отхождение жидкого кала. Такой ложный понос наблюдается при резком сужении опухолью верхних отделов прямой кишки, когда твердая часть кала вообще не отходит.

Такие клинические симптомы должны всегда настораживать врача, иначе ошибка неизбежна. Приводим наблюдение.

Больной Щ., 51 года, в апреле 1978 г. заметил примесь крови в кале, в июне обратился к хирургу, который произвел внешний осмотр и пальцевое исследование прямой кишки, установил диагноз «геморрой» и назначил лечение свечами. На некоторое время выделение крови из прямой кишки прекратилось. В последующем кровь периодически появлялась в кале, но это уже не очень беспокоило больного, так как диагноз ему был известен. Однако он постепенно стал отмечать затруднение отхождения кала, появились ложные позывы, боли внизу живота. В феврале 1979 г. самостоятельно обратился к онкологу, который произвел ректоскопию и легко выявил рак прямой кишки. Нижняя граница опухоли располагалась на расстоянии 10 см от сфинктера. Больной поступил в МНИОИ им. П. А. Герцена в марте 1979 г. При обследовании выявлен рак верхнеампулярного отдела прямой кишки III стадии (T4N3M0). Опухоль неподвижна. Протяженность поражения по кишке 7 см. Гистологически: аденокарцинома. Произведена брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки. На операции выявлен местно-распространенный процесс: опухоль прямой кишки, верхняя граница которой располагается над тазовой брюшиной, неподвижна, прорастает окружающую клетчатку, инфильтрирует стенку мочевого пузыря и предстательную железу. Через 4 мес после операции выявлен единичный метастаз в правом легком. Произведена правосторонняя пневмонэктомия. Через 2 года больной умер вследствие прогрессирования заболевания.

Одной из основных причин поздней диагностики рака прямой кишки является неполное обследование больных. У каждого третьего больного или у 34% заболевших раком прямой кишки и обратившихся к врачу диагноз не был установлен вовремя. По данным М. А. Зыбиной (1980), из 530 обратившихся к врачу пациентов у 329 был ошибочно диагностирован геморрой или дизентерия, 15% больных раком прямой кишки были признаны здоровыми. В итоге период времени от момента появления первых симптомов заболевания до начала лечения в специализированном стационаре составляет 6—8 мес, а иногда и год. В качестве иллюстрации к этим данным приводим клиническое наблюдение.

Больной Б., 36 лет, в феврале 1986 г. стал отмечать жидкий стул, кровь в кале. В марте обратился к врачу-терапевту, который без специального исследования установил диагноз «гастрит» и рекомендовал амбулаторное лечение травами. Через 3 мес кровянистые выделения из прямой кишки стали появляться постоянно и в большом количестве. Больной самостоятельно обратился к хирургу. Был установлен диагноз «геморрой», и в июне произведена геморроидэктомия. Однако после операции количество кровянистых выделений не уменьшилось, а увеличилось, стали беспокоить ложные позывы и частый жидкий стул. В декабре общее состояние больного ухудшилось. Нарастала выраженность симптомов. При очередном обращении к врачу произведено пальцевое исследование прямой кишки и заподозрен рак. В онкологическом диспансере установлен рак среднеампулярного отдела прямой кишки III стадии. В марте 1987 г., через год после появления первых признаков заболевания, больной направлен в МНИОИ им. П. А. Герцена. При обследовании в институте в прямой кишке на высоте 5 см от сфинктера выявлена циркулярно расположенная опухоль, суживающая просвет кишки, с изъязвлением по задней стенке. Рентгенологическое исследование: циркулярное сужение прямой кишки протяженностью 8 см и ригидность ее стенок. Гистологическое исследование биопсированного участка опухоли: высокодифференцированная аденокарцинома. 19.03.87 г. произведена операция, которая завершилась пробной лапаротомией и наложением двуствольного противоестественного заднего прохода в связи с нерезектабельной опухолью прямой кишки, прораставшей тазовую брюшину и заднюю стенку

мочевого пузыря Вдоль аорты — плотные, увеличенные до 0,5—1 см в диаметре лимфатические узлы. При срочном гистологическом исследовании одного из них установлен метастаз аденокарциномы.

История болезни этого больного поучительна. Для того чтобы обнаружить у него рак среднеампулярного отдела прямой кишки, требовалось совсем немного — тщательно собранный анамнез и пальцевое исследование прямой кишки, которое в принципе может провести каждый врач в любых условиях. Пальцевое исследование должно быть первым мероприятием при обследовании больного с предполагаемым опухолевым процессом в прямой кишке. При этом исследовании можно выявить рак прямой кишки у 60% больных. Пальцевое исследование приобретает особенно важное значение при локализации опухоли на задней стенке непосредственно за сфинктером, так как в этом случае она может быть не замечена при эндоскопии. Важность этого метода очевидна, однако многие врачи общей лечебной сети редко его применяют. Такое исследование прямой кишки проводят только у 35% больных, ощущающих дискомфорт в прямой кишке.

Большим упущением является отсутствие специализированной проктологической помощи в некоторых поликлиниках общей лечебной сети, тогда как наиболее информативным и достоверным методом диагностики рака прямой кишки является ректороманоскопия, позволяющая выявить и морфологически подтвердить начальные формы заболевания. Метод прост, не требует больших материальных затрат и фактически может быть применен в любом учреждении. Между тем в поликлиниках ректоскопию производят только у 3,2% больных, обращающихся с жалобами на дискомфорт в прямой кишке. Недостаточная осведомленность врачей общей лечебной сети о клинических проявлениях рака ободочной и прямой кишки приводит к неполному и длительному обследованию больных без применения обязательных методов исследования, а также нередко к длительному необоснованному лечению по поводу предполагаемого неопухолевого заболевания.

Большую роль в диагностике рака толстой кишки играет рентгенологический метод. Наиболее информативной методикой считают классическую трехэтапную ирригоскопию. Составной частью этого исследования является двойное (вторичное) контрастирование. С помощью этого метода рак толстой кишки удается диагностировать у 95,6% больных [Араблинский В. М., 1987; Шнигер Н. У., 1989]. Достоинство этой методики состоит в том, что с ее помощью можно исследовать толстую кишку и рельеф ее слизистой оболочки. Методику тугого наполнения кишки следует признать малоинформативной для диагностики ранних форм рака. С его помощью удается обнаружить только опухоли диаметром более 3 см. В связи с этим у 30—35% больных раком этот метод не дает положительных результатов.

Ошибочным является мнение о диагностической ценности перорального заполнения толстой кишки. Этот метод также малоинформативен для рентгенодиагностики рака этой локализации из-за того, что невозможно равномерно заполнить таким образом все отделы кишки контрастным веществом. Только ретроградное заполнение толстой кишки контрастным веществом максимально способствует правильной рентгенологической диагностике рака. При этом необходимо соблюдать принципы многопроекционного исследования, особенно в отношении тех отделов кишки, которые в момент исследования накладываются друг на друга (сигмовидная кишка, правый и левый изгиб ободочной кишки).

Довольно часто большие трудности для рентгенолога представляет выявление рака в верхнеампулярном отделе прямой кишки и дистальных отделах сигмовидной кишки. Во избежание ошибок необходимо производить рентгенограммы не только в прямой, но и в боковой проекции. В этом случае устраняется накладывание нижнего отрезка сигмовидной кишки на переднюю поверхность прямой. Это особенно важно, если опухоль располагается на передней и задней стенках верхнего отдела прямой кишки. При установлении первичного диагноза недостаточно выполнить изолированное рентгенологическое исследование прямой кишки. Поскольку при раке прямой кишки довольно часто наблюдается вторая локализация рака — первичная множественность, с целью уточняющей диагностики необходимо исследовать все отделы толстой кишки.

Распространенность опухолевого процесса имеет решающее значение при составлении плана лечения и выборе метода операции. Неправильная оценка ее приведет к тактической ошибке, поскольку недоучет отдельных факторов может повлиять на непосредственный исход операции и отдаленные результаты лечения. Общеизвестно, что при выходе опухолевого процесса за пределы пораженного органа (прорастание за стенку кишки, метастазы в регионарных лимфатических узлах) значительно ухудшается прогноз заболевания. В таких случаях нельзя ограничиться выполнением оперативного вмешательства, а необходимо провести комбинированное или комплексное лечение. В то же время при небольшой распространенности опухолевого процесса больной может быть излечен с помощью экономной хирургической операции. Стадия опухолевого процесса должна быть установлена до операции и уточнена при лапаротомии. Неправильная оценка результатов проведенного исследования — завышение стадии заболевания — может повлечь за собой роковую ошибку и послужить причиной отказа от радикального лечения. Нельзя признать больного неоперабельным лишь на основании субъективных ощущений врача, как бы опытен он ни был. В связи с этим при определении распространенности опухолевого процесса до операции нельзя ограничиваться клиническим обследованием,

рентгенологическим и эндоскопическим исследованиями. Всегда необходимо стремиться провести морфологическую верификацию клинического диагноза. Это в равной степени относится и к интраоперационному определению распространенности опухолевого процесса.

Нельзя выполнять операцию, особенно заканчивающуюся наложением колостомы, если не установлен первичный гистологический диагноз. Этот принцип необходимо соблюдать и во время операции, уточняя распространенность процесса в брюшной полости. Несоблюдение этих условий диагностики рака толстой кишки следует рассматривать как серьезную врачебную ошибку. Для иллюстрации приводим два наблюдения.

1. Больной П., 31 года, с апреля 1987 г. стал отмечать слизь и кровь в кале. Обратился к хирургу поликлиники, который без должного обследования установил диагноз «геморрой». Назначенное лечение эффекта не дало. Появился частый жидкий стул до 5—6 раз в сутки. Неэффективность проводимого лечения побудила заподозрить рак прямой кишки, и больной был направлен в областной онкологический диспансер, где у него была выявлена опухоль средне- и верхнеампулярного отделов прямой кишки III стадии. При пальцевом исследовании обнаружена экзофитная, мало смещаемая опухоль, выступающая в просвет кишки, нижняя граница ее располагалась на расстоянии 7 см от сфинктера. Гистологическое исследование биопсированных кусочков опухоли: аденокарцинома. 10.07.87 г. произведена операция, которая закончилась пробной лапаротомией из-за опухоли средне- и верхнеампулярного отделов диаметром более 10 см, вколоченной, не смещаемой, сращенной с мочевым пузырем на участке протяженностью до 8 см. Отдаленные метастазы не выявлены. Наложена двуствольная колостома. По настоянию родственников больной был направлен в МНИОИ им. П. А. Герцена для решения вопроса о дальнейшем лечении. При обследовании в институте убедительных данных о прорастании опухоли в стенку мочевого пузыря не получено. Цистоскопия: слизистая оболочка мочевого пузыря гладкая, не инфильтрирована. При рентгенологическом исследовании мочевого пузыря дополнительных образований не выявлено. В связи с этим через 2 мес была предпринята попытка произвести повторную радикальную операцию. При ревизии органов брюшной полости обнаружено, что верхний полюс опухоли прямой кишки располагается под тазовой брюшиной, инфильтрируя ее на небольшом участке. По передней стенке опухоль интимно связана с задней стенкой мочевого пузыря, но других препятствий для радикальной операции нет.

В связи с тем что при срочном морфологическом исследовании признаков прорастания рака в стенку мочевого пузыря не выявлено, произведена брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки с иссечением мышечной стенки мочевого пузыря на площади около 4 см^2, где отмечалось наиболее плотное спаяние. Послеоперационный период протекал без осложнений. Больной выздоровел. При гистологическом исследовании удаленного препарата на фоне виллезной аденомы с дисплазией III стадии выявлена умеренно-дифференцированная аденокарцинома, прораставшая лишь мышечную оболочку стенки кишки; прорастания опухоли в мочевой пузырь не выявлено.

2. Больная Б., 55 лет, в течение 2 мес отмечала периодически возникавшие боли в левой подвздошной области. Выявлена опухоль сигмовидной кишки — аденокарцинома. 10.10.79 г. в хирургическом стационаре по месту жительства произведена операция. При ревизии органов брюшной полости установлено, что в дистальной части сигмовидной кишки имеется циркулярно расположенная опухоль размером 5×6 см. В печени при пальпации обнаружено уплотнение округлой формы с четкими границами размером около 2 см, расцененное как метастаз рака сигмовидной кишки. Морфологической верификации не проведено. Операция закончена наложением двуствольного

противоестественного заднего прохода. В ноябре 1979 г. по настоянию родственников больная поступила в МНИОИ им. П. А. Герцена, где при сцинтиграфии печени метастазов не выявлено. 27.11.79 г. произведена повторная операция. При ревизии установлено, что уплотнение в печени, выявленное во время предыдущей операции, при морфологическом исследовании оказалось гемангиомой. Произведена радикальная операция — резекция сигмовидной кишки. Через 9 лет после операции здорова, работает.

Обе истории болезни убеждают нас в том, что хирург не должен полагаться только на свой опыт, отказывая больному в радикальной операции. Он обязан провести морфологическое исследование для уточнения распространенности процесса.

Противоположная диагностическая ошибка — занижение стадии заболевания, влечет за собой выполнение нерадикальных вмешательств, сопряженных с большим операционным риском, появлением в ближайшие сроки после операции рецидива опухоли в малом тазе или развитием отдаленных метастазов.

Во избежание лечебно-тактических ошибок всегда необходимо учитывать полноту и качество проведенных исследований, общее состояние больного и риск операции. Прежде всего нужно избегать сужения показаний к выполнению радикальной операции в связи с так называемыми функциональными противопоказаниями, которые необходимо четко аргументировать. Только возраст больных не может быть причиной ограничения показаний к хирургическому лечению рака толстой кишки. У таких пациентов не следует уменьшать объем операции в ущерб ее радикализму.

Абсолютными противопоказаниями являются только глубокие нарушения функции жизненно важных органов и систем организма: недостаточность кровообращения III степени, инфаркт миокарда, легочная и печеночно-почечная недостаточность. Другие моменты имеют относительное значение и должны рассматриваться критически в общем комплексе данных о больном. Наличие злокачественной опухоли толстой кишки без определяемых отдаленных метастазов служит абсолютным жизненным показанием к хирургическому лечению.

Таким образом, при выборе операции, руководствуясь главным образом онкологическими показаниями, хирург не должен забывать об общем состоянии больного, осложнениях основного заболевания, сопутствующих болезнях, избыточной массе тела и т. п. Однако планирование лечения должно носить сугубо индивидуальный характер с учетом показаний и противопоказаний к выполнению операции. Несоблюдение этого правила приводит к неудовлетворительным результатам лечения.

Одним из важнейших компонентов тактического плана является выбор метода операции. В последние годы в связи с увеличением числа людей, живущих многие годы после радикального лечения рака толстой кишки, встал вопрос об их медицинской реабилитации, как функциональной, так и трудовой. В связи с этим отмечается тенденция к расширению показа-

ний к выполнению сфинктерсохраняющих операций при раке прямой кишки. Однако при выборе вида операции нельзя руководствоваться функциональными результатами в ущерб онкологическому радикализму.

Выбор метода операции в определенной мере зависит от особенностей анатомического строения брыжейки и кровеносных сосудов, выраженности склеротических изменений в них и т. п. Сохранение сфинктера и временная реабилитация не должны быть самоцелью. Главная задача лечения — выполнить радикальную операцию, обеспечивающую хорошие непосредственные и отдаленные результаты. Кроме того, необходимо учитывать особенности таких операций в свете их послеоперационных осложнений. Недостатком брюшно-анальной резекции является то, что после нее нередко возникают некрозы низведенной в заднепроходный канал сигмовидной кишки (у 13,2—35,6% больных), а также воспалительные процессы (у 16,7%) в полости малого таза [Блинничев Н. М., 1982; Петров В. П., 1984; Одарюк Т. С., 1987]. При выборе показаний к этой операции должны быть учтены тип ветвления кровеносных сосудов и наличие анастомозов сигмовидных артерий с левой толстокишечной. При этом сигмовидная кишка должна иметь длинную брыжейку с развитыми аркадами первого порядка, обеспечивающими хорошее кровоснабжение низведенной кишки.

Хирург должен особенно тщательно оценить достаточность притока крови по краевому сосуду (дуге Риолана) из системы верхней брыжеечной артерии после того, как будет перевязана нижняя брыжеечная артерия у места перехода ее в верхнюю прямокишечную. Далеко не всегда приток крови по краевому сосуду достаточен для обеспечения полноценного снабжения мобилизованной и перемещенной в малый таз дистальной части толстой кишки. Иногда уже во время операции устанавливают, что в связи с особенностями распределения сосудов и их калибром нельзя надеяться на достаточный приток крови. Необходимо также внимательно оценить наличие пульсации в дистальной части сигмовидной кишки. Недооценка этих факторов очень часто является причиной развития некроза кишки. Важность сохранения краевой дуги, питающей низводимый или выводимый на брюшную стенку отрезок кишки, очевидна, и недооценка этого момента может привести к трагическим последствиям. Показания к этой операции ограничены у лиц старше 60 лет. Лишь в отсутствие прорастания опухоли в окружающую клетчатку и при наличии твердой уверенности в жизнеспособности низведенной кишки, что обеспечивается магистральным типом сосудов, не имеющих склеротических изменений, оправдана попытка выполнить такую операцию у отдельных больных данной возрастной группы [Правосудов И. В., 1981]. Учтя эти многочисленные факторы, хирурги в некоторых случаях отказываются от неоправданных стремлений во

что бы то ни стало сохранить сфинктер и завершают вмешательство брюшно-промежностной экстирпацией.

Более выгодна в функциональном отношении передняя (чрезбрюшинная) резекция прямой кишки. Вместе с тем, при расположении нижнего края опухоли на расстоянии 8—12 см от заднепроходного отверстия после выполнения этой операции могут развиться тяжелые осложнения. Даже при использовании сшивающих аппаратов технически выполнить такую операцию непросто. При этом необходимо учитывать анатомическое строение брыжейки и кровеносных сосудов, возраст больного. Если не принять во внимание эти факторы, то могут развиться тяжелые осложнения. Несостоятельность анастомоза возникает после передней резекции у 10% больных [Петров В. П., 1984]. Если сохранить функционирующий сфинктер по каким-либо причинам невозможно, то целесообразнее произвести операцию с выведением сигмовидной кишки на переднюю брюшную стенку в виде одноствольной колостомы — брюшно-промежностную экстирпацию или операцию Гартмана.

При выполнении операции на прямой кишке часто возникают технические ошибки, в связи с тем что из-за узости и глубины малого таза затрудняется обзор операционного поля. Радикализм операции может быть обеспечен, если удаляют всю околокишечную клетчатку и отводящие лимфатические пути, а также участок кишки с опухолью. При этом должно быть соблюдено важнейшее условие — кишку удаляют вместе с ее собственной фасцией.

Одна из типичных технических ошибок — нарушение анатомической футлярности, что приводит к тяжелым кровотечениям из вен крестцовых сплетений. Нередко избыточно развитые венозные сосуды, проходящие по передней поверхности крестца вблизи его надкостницы, а также идущие в латеральных направлениях к боковым стенкам малого таза, легко повреждаются при выделении кишки тупым приемом или в момент пересечения тканей вглубине. Электрокоагуляция поврежденных крестцовых вен, как правило, неэффективна. При этом только увеличивается кровопотеря и теряется время. Остановить кровотечение позволяет только быстрая тугая тампонада. Кровотечение может возникнуть и из средних прямокишечных артерий, если они хорошо развиты. Чаще всего они хорошо выражены у женщин с избыточной подкожной жировой клетчаткой и у лиц, у которых калибр верхней прямокишечной артерии сравнительно небольшой. В этих случаях предварительная перевязка средних прямокишечных сосудов необходима для предотвращения кровотечения.

Технической ошибкой, часто приводящей к остающемуся незамеченным ранению мочеточника во время операции по поводу осложненного рака толстой кишки, является отказ от применения известных способов его идентификации в опера-

ционной ране и ревизии целости в конце оперативного вмешательства.

Вообще показания к операциям при раке толстой кишки разработаны достаточно четко. Ошибки возникают скорее при выборе вида оперативного вмешательства при осложненном течении рака. Наиболее частыми осложнениями рака толстой кишки, как известно, являются кишечная непроходимость, перифокальное воспаление и перфорация опухоли. В таких случаях выполнение радикальной операции можно считать обоснованным только при ее обструктивном характере. Анастомоз, наложенный на измененную стенку кишки, вследствие длительно существующей кишечной непроходимости, в условиях перитонита, при плохой подготовке чаще всего несостоятелен. В подобных случаях целесообразно выводить оба конца кишки на переднюю брюшную стенку в виде двуствольной колостомы. У резко ослабленных больных при выраженном перитоните и интоксикации оперативное вмешательство может быть ограничено наложением цекостомы или колостомы на поперечную кишку. Осложнения, возникающие как следствие ошибок, допущенных во время операции, являются наиболее тяжелыми по остроте развития и опасности последствий. При выполнении операций на ободочной кишке основной причиной неудач является недооценка степени кровоснабжения остающихся участков кишки, что приводит к несостоятельности анастомоза.

Кишечный анастомоз должен быть наложен в пределах жизнеспособных тканей, хорошо снабжающихся кровью. При рациональном сохранении магистральных артерий толстой кишки кровоснабжение остающихся отрезков обеспечивается правильным уровнем пересечения краевого сосуда и максимально бережным обращением с прямыми веточками. Небрежное отношение к жировым придаткам, удаление, пересечение, прошивание, перевязка их приводят к нарушению кровоснабжения кишечной стенки.

Следует помнить, что неправильное обращение с кровеносными сосудами нередко предопределяет неудачный исход всей операции.

Мы считаем, что хирург вправе выбрать тип операции индивидуально для каждого больного, учитывая онкологические и хирургические показания к ее выполнению. Онкологические показания зависят от степени местного распространения опухоли, характера ее роста, выхода опухоли в окружающую параректальную клетчатку, состояния лимфатических узлов.

Грубой ошибкой является выполнение сфинктерсохраняющих операций при раке нижнеампулярного отдела прямой кишки. При расположении опухоли в дистальной части прямой кишки, на 6—7 см ниже от края заднего прохода, следует удалять всю прямую кишку с замыкательным аппаратом, параректальной клетчаткой и лимфатическими узлами, т. е.

производить брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки.

Сложнее решить вопрос о характере операции при раке средне- и верхнеампулярного отделов прямой кишки. Наметилась тенденция к расширению показаний к выполнению в таких случаях брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением сигмовидной кишки. Показанием к выполнению этой операции считают расположение нижней границы опухоли на расстоянии 6—7 см от сфинктера. Сторонники этой операции полагают, что только уровень расположения опухоли в прямой кишке является критерием при выборе оперативного вмешательства. Наметилась тенденция к расширению показаний к брюшно-анальной резекции, при этом не учитывают степень местного распространения, характер роста, гистологическое строение опухоли, возраст больного, избыточную массу тела.

Наш опыт показывает, что тип произведенной операции — с сохранением сфинктера (брюшно-анальная резекция, передняя резекция, операция Гартмана) или без его сохранения (брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки) — не имеет столь большого прогностического значения, как степень распространения первичной опухоли и состояние лимфатических узлов. Обращает на себя внимание тот факт, что при выходе опухолевого процесса за пределы стенки кишки в окружающую клетчатку и (или) регионарные лимфатические узлы (II—III стадия) значительно ухудшаются результаты лечения.

Перспективы улучшения лечения больных раком толстой кишки связаны прежде всего с ранней диагностикой и разработкой оптимальных вариантов лечения. По мере накопления клинического опыта становится все более очевидным преимущество комбинированного лечения при раке прямой кишки [Мельников Р. А. и др., 1983; Канаев С. В и др., 1984; Дедков И. Ч., Кикоть В. А., 1984; Кныш В. И. и др., 1985; Бердов Б. А., 1986; Hoskins R. et al., 1985; Friedmann P. et al., 1985; Mohiuddin M. et al., 1986; Fortier J. et al., 1986]. По материалам МНИОИ им. П. А. Герцена и данным литературы, предоперационная лучевая терапия способствует значительному снижению частоты развития рецидива в малом тазе, причем в отсутствие регионарных метастазов рецидивы не возникают, а при выявлении метастазов во время операции частота рецидивов снижается в 2 раза [Чиссов В. И. и др., 1982].

Вопрос о целесообразности проведения послеоперационной лучевой терапии и в настоящее время является предметом острейшей дискуссии, причем приводятся достаточно веские аргументы за и против. Компромисс, по-видимому, возможен при сугубо индивидуальном решении этого вопроса в зависимости от конкретной клинической ситуации.

Анализ результатов современных исследований позволяет ответить на вопрос, почему лучевая терапия, в основном предоперационная, в одних клиниках улучшает результаты лечения больных раком прямой кишки в резектабельных стадиях, а в других не оказывает на них существенного влияния либо сказывается даже негативно, увеличивая количество и тяжесть послеоперационных осложнений. По нашему мнению, основная причина заключается в том, что по-разному решаются вопросы методического плана, в частности касающиеся объема облучения, величины суммарных поглощенных доз, методик их дробления и длительности интервала между этапами комбинированного лечения.

При предоперационном облучении применяют в основном три варианта: 1) подведение 40—50 Гр с использованием методики классического дробления дозы за 4—5 нед, после чего спустя 3—4 нед производят операцию; 2) интенсивно-концентрированное облучение с операцией в ближайшие 1—3 дня; 3) однократное подведение укрупненной либо крупной фракции в день или накануне операции. Значительно реже применяют сочетанное лучевое лечение.

На первый взгляд кажется, что вариантов не так уж и много, но если к этому добавить разные объемы облучения (толстая кишка, кишка плюс параректальная клетчатка, весь малый таз, весь малый таз плюс лимфатические узлы, расположенные вдоль подвздошных сосудов, а иногда и до уровня диафрагмы), то причина столь значительных различий в результатах лечения становится очевидной.

При послеоперационном облучении все радиологи отдают предпочтение классическому фракционированию, а уровень суммарных доз колеблется от 30 до 60 Гр. Различаются и объемы облучаемых тканей.

Поэтапная разработка комбинированного лечения с анализом неудач привела к тому, что в последние 2—3 года почти все авторы при комбинированном лечении получили более высокие результаты, чем при хирургическом. Причина этого, по нашему мнению, кроется в совершенствовании методических аспектов лучевой терапии. Судить о преимуществах той или иной методики пока трудно. Вместе с тем создается впечатление, что при выходе опухоли за пределы кишки и наличии метастазов в пределах малого таза использование высоких доз лучистой энергии и увеличение объемов облучения до стенок малого таза (80% изодоза) способствуют улучшению отдаленных результатов лечения.

Поскольку основной причиной неудач при хирургическом лечении рака прямой кишки является развитие рецидива в малом тазе, мы считаем целесообразным осуществление комбинированного лечения. Частота локорегионарных рецидивов в значительной мере зависит от глубины инвазии и наличия или отсутствия регионарных метастазов. Исходя из этого, мы

полагаем, что комбинация хирургического вмешательства и лучевой терапии показана всем больным раком прямой кишки, у которых опухолевый процесс вышел за пределы слизистой оболочки кишки. Мы отдаем себе отчет в том, что подобную позицию разделяют далеко не все хирурги и онкологи. Категоричное суждение окажется возможным после окончания специального научного исследования.

Однако если в какой-либо клинике применяют комбинированное лечение, то проводить его нужно грамотно, с учетом не только сведений о путях распространения опухоли, включая и возможность ретроградного метастазирования, но и последних данных радиобиологии о закономерностях воздействия ионизирующего излучения на опухолевые и нормальные клетки, ткани и организм-опухоленоситель в целом, а также особенностях параметров клеточной кинетики аденогенного рака прямой кишки (репарация, репопуляция, степень оксигенации и др.). Следует принимать во внимание и радиобиологические особенности местных тканей и органов.

Ошибки при комбинированном лечении касаются в основном его методического обеспечения как в плане онкологического радикализма, так и в отношении риска развития лучевых реакций и осложнений со стороны нормальных тканей. При определении объема облучения необходимо принимать во внимание тот факт, что рецидивы в основном исходят из клетчатки и регионарных лимфатических узлов таза. Следовательно, все эти зоны необходимо облучать равномерно, поэтому 80% изодоза должна совпадать с границами малого таза. Облучения узкими полями с захватом только прямой кишки недостаточно для обработки зон субклинического распространения опухоли, в связи с чем его проведение является ошибкой. Аденогенный рак отличается высокой способностью к репарации субклеточных повреждений, поэтому классическое фракционирование дозы, по-видимому, не совсем адекватно при лучевом лечении таких опухолей. Им более соответствует гипофракционирование либо схемы динамического фракционирования.

Уровень суммарных поглощенных доз зависит от распространенности процесса. Доза, эквивалентная 30 Гр, по нашему мнению, недостаточна для глубокого повреждения аденогенного рака. Ее можно применять только при относительно ограниченном процессе. При его большем распространении перед операцией необходимо подвести не менее 36—40 Гр. В случае же выявления метастазов в регионарных лимфатических узлах во время операции нельзя рассчитывать на то, что предоперационное облучение в указанных дозах способно существенно изменить прогноз. В подобных ситуациях показано послеоперационное облучение, которое проводят с таким расчетом, чтобы суммарные поглощенные дозы в остающейся клетчатке и лимфатических узлах составляли не менее

60—65 Гр, конечно, с учетом предоперационной лучевой терапии. Если предоперационное облучение не проводили, то для подведения таких относительно высоких поглощенных доз требуется расщепленный курс лучевого лечения. Наконец, во избежание ошибок необходимо помнить, что интервал между завершением предоперационного облучения и операцией при дозе 30—40 Гр не должен превышать 10—14 дней. В противном случае возобновляется рост опухоли за счет репопуляции сохранивших жизнеспособность опухолевых клеток. Новая генерация их по биологической активности может превосходить исходную, что сводит на нет эффект предоперационного облучения. Послеоперационную лучевую терапию также следует начинать по возможности раньше, спустя 3—4 нед после операции.

Таковы современные принципы лучевой терапии, следование которым обеспечивает достижение противоопухолевого эффекта. В последние годы при раке прямой кишки расширяются показания к применению лучевой терапии в качестве самостоятельного метода лечения как при начальных формах поражения, так и при нерезектабельных процессах. В этих случаях чаще проводят сочетанную лучевую терапию, когда наружное облучение сочетают с внутриполостным.

Нарушение принципов и методических основ лучевой терапии может привести к тяжелым повреждениям нормальных тканей. Риск возникновения таких повреждений при использовании лучевой терапии в качестве самостоятельного метода лечения резко возрастает за счет увеличения суммарных поглощенных доз. При определении показаний к комбинированному лечению нужно учитывать характер и тяжесть сопутствующих заболеваний и конституциональные особенности больных (заболевания мочевыделительной системы и кишечника, диабет, гипертоническая болезнь, ожирение, состояние тазовых органов и т. д.).

Различают ранние лучевые осложнения и повреждения, возникающие в течение 3 мес после завершения лечения, и поздние, развивающиеся позже указанного срока. Зависимости между ранними и поздними осложнениями не наблюдается. Ранние лучевые осложнения могут пройти бесследно, для устранения поздних осложнений иногда требуется длительное многокомпонентное лечение. Примерно у 20% больных причиной лучевых повреждений является превышение толерантности нормальных тканей, которая, в частности, для тонкой кишки находится в пределах до 60 ед. ВДФ (фактор время — доза — фракционирование), для толстой кишки — 100 ед. [Козлова А. В., 1977; Павлов А. С. и др., 1980]. При этом важное значение имеет пространственное распределение энергии. При ошибках в планировании, например при облучении всего малого таза с одного заднего поля, часто наблюдаются выраженные реакции и осложнения со стороны кожи и

подкожной жировой клетчатки крестцово-копчиковой области, вплоть до образования трофических язв, которые впоследствии могут даже подвергаться злокачественной трансформации. Описаны также случаи остеомиелита подлежащих костей. По той же причине иногда возникают тяжелые циститы и колиты. Однако в генезе последних ведущую роль, помимо превышения дозы, играет недооценка сопутствующей неопухолевой патологии. Более половины таких повреждений развивается у больных с предшествующими воспалительными заболеваниями этих органов, а также диабетом.

Хронические постлучевые энтероколиты и циститы могут осложняться развитием свищей и рубцовых стенозов. То же относится к ректитам, которые чаще всего возникают при сочетанном лучевом лечении, преимущественно за счет внутриполостной гамма-терапии. Описаны случаи озлокачествления выраженных постлучевых изменений прямой кишки [Бардичев М. С., Цыб А. Ф., 1985]. Следствием поздно развивающегося внутритазового лучевого фиброза могут быть стриктуры мочеточников.

Нельзя отрицать тот факт, что существует индивидуальная повышенная чувствительность к ионизирующей радиации. Однако, по нашему мнению, за счет совершенствования методик лучевой терапии, улучшения ее технического обеспечения, повышения квалификации врачей-радиологов можно избежать многих просчетов и ошибок и тем самым наряду с увеличением радикализма лечения свести до минимума частоту и тяжесть лучевых осложнений.

Диспансеризация имеет огромное значение в наблюдении за больными раком прямой и ободочной кишки, перенесшими радикальное лечение. Одна из основных задач диспансеризации — возможно более ранняя диагностика рецидива и метастазов опухоли. Принцип онкологической настороженности в такой ситуации не только не утрачивает своего значения, но он должен быть ведущим при обследовании больного. Осведомленность врачей о клинических проявлениях местного, локального рецидива, возможном времени его возникновения, общих факторах прогноза заболевания позволит вовремя выявить рецидив и провести адекватное лечение. Больные раком толстой кишки, которым было проведено радикальное лечение, должны находиться под постоянным диспансерным наблюдением в течение всей последующей жизни. Необходимость диспансерного наблюдения обусловлена не только тем, что могут возникнуть рецидив и отдаленные метастазы в более поздние сроки, чем 5 лет, но и тем, что существует опасность развития метахронной опухоли другой локализации. В качестве иллюстрации приводим следующее наблюдение.

Больная С., 51 года, поступила в МНИОИ им. П. А. Герцена в ноябре 1975 г. в связи с жалобами на кровянистые выделения из прямой кишки. При обследовании на левой стенке среднеампулярного отдела прямой кишки

выявлена опухоль, нижняя граница которой располагалась на расстоянии 7 см от сфинктера, протяженностью по стенке 3 см. Отдаленные метастазы при обследовании не выявлены. 25.11.75 г. произведена брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением сигмовидной. При гистологическом исследовании удаленного препарата выявлена аденокарцинома, прораставшая слизистую оболочку и подслизистый слой. Диагноз при выписке: рак среднеампулярного отдела прямой кишки, Iа стадии (T1N0M0). В последующие годы чувствовала себя хорошо. Через 5 лет после операции была снята с диспансерного учета и к врачам не обращалась. В октябре 1983 г. (через 8 лет после операции) стала отмечать ноющие боли в промежности, появилось ощущение кишечного дискомфорта. Постепенно развивались симптомы частичной кишечной непроходимости. В ноябре 1983 г. обратилась в МНИОИ им. П. А. Герцена. При обследовании выявлен опухолевый инфильтрат, стелющийся вдоль левой стенки таза, слегка сдавливающий низведенную сигмовидную кишку. Была предпринята попытка провести хирургическое лечение, закончившееся пробной лапаротомией, в связи с тем что опухолевый инфильтрат распространялся без видимых границ по левой стенке таза, опускаясь в запирательное отверстие. Опухоль распространялась в забрюшинное пространство. При гистологическом исследовании биопсированного кусочка опухоли выявлен метастаз рака с распадом. В послеоперационном периоде больной проведено лучевое лечение в суммарной дозе 41 Гр. Выписана с некоторым уменьшением инфильтрата и улучшением самочувствия.

История болезни другой больной также подтверждает тот факт, что возврат болезни через много лет после выполненной радикальной операции возможен. Усилия врачей должны быть направлены на раннее выявление рецидива заболевания, когда еще возможно лечение.

Больной Д., 39 лет, в ноябре 1964 г. заметил кровь в кале. В апреле 1965 г. при обследовании в МНИОИ им. П. А. Герцена на высоте 8 см от сфинктера на передней стенке прямой кишки выявлена кровоточащая экзофитная опухоль размером 2×1,5 см с изъязвлением в центре, смещающаяся вместе со слизистой оболочкой кишки. При гистологическом исследовании биопсированного участка опухоли выявлена аденокарцинома. Отдаленных метастазов не обнаружено. В мае произведена брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением сигмовидной. На удаленном препарате полиповидное опухолевое образование до 1,5 см в диаметре с изъязвленной поверхностью. При его гистологическом исследовании установлена аденокарцинома с выраженным инфильтративным ростом в подслизистый слой. Метастазы в лимфатических узлах не выявлены. Диагноз при выписке: рак среднеампулярного отдела прямой кишки Iа стадии (T1N0M0).

На протяжении многих лет самочувствие больного оставалось хорошим, работал и считал себя здоровым. Периодически осматривался в институте, проходил полное клиническое обследование 1—2 раза в год, последнее обследование проведено в июне 1971 г., после чего был снят с диспансерного учета. В январе 1979 г. состояние его резко ухудшилось, стал худеть, нарастала слабость, появились боли в правом подреберье и промежности. Были диагностированы рецидив рака в малом тазе, метастазы рака в печени. Вскоре больной умер.

В данном наблюдении обращает на себя внимание тот факт, что рецидив болезни диагностирован через 14 лет после радикального лечения рака прямой кишки.

Необходимо помнить, что больные, леченные по поводу рака толстой кишки, составляют группу риска развития опухоли в другом отделе толстой кишки, причем срок мета-

хронного возникновения новой опухоли может быть различным. Однако первично-множественные опухоли могут возникать и синхронно, располагаясь в различных отделах толстой кишки; одновременно может быть несколько опухолей разных локализаций. Опухоли могут возникать и метахронно, когда вторую опухоль обнаруживают через несколько лет.

Ошибки, связанные с невыявлением синхронной опухоли второй локализации, возникают как при распознавании и лечении первой опухоли, так и при диспансерном наблюдении за радикально леченными больными. В чем причины таких ошибок при первичном обследовании? Они могут иметь в известной степени объективный характер. При стенозирующей опухоли левой половины толстой кишки определение состояния ее вышележащих отделов представляет большие трудности для эндоскопистов и рентгенологов, вследствие этого до операции опухоль второй локализации не диагностируется. Во время операционной ревизии органов брюшной полости хирург также может не обнаружить опухоль толстой кишки из-за объективных трудностей, но чаще всего, к сожалению, это происходит из-за неполноценно проведенной ревизии всех отделов толстой кишки. В таких случаях вторая локализация рака не определяется. Подобной ошибки можно избежать, если всех подобных больных перед выпиской из стационара подвергать обязательному эндоскопическому и рентгенологическому обследованию с целью тщательного изучения состояния оставшихся отделов толстой кишки.

Метахронный рак второй локализации может быть пропущен и при диспансерном наблюдении, поэтому у больных необходимо ежегодно проводить эндоскопическое и рентгенологическое исследование толстой кишки. Следует помнить, что проведенное радикальное лечение рака данной локализации не гарантирует от возникновения опухолей в других отделах толстой кишки. Врач поликлиники обязан внимательно изучить новые жалобы больного, пусть даже незначительные. Они должны всегда служить поводом для внеочередного рентгеноэндоскопического исследования толстой кишки.

В заключение следует отметить, что предотвращение и своевременное устранение врачебных ошибок на этапах выявления, лечения и диспансеризации больных раком толстой кишки будут способствовать улучшению результатов лечения этого распространенного заболевания.

ГЛАВА 17

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ РАКА ОРГАНОВ БИЛИОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Рак органов билиопанкреатодуоденальной зоны (БПДЗ) — собирательный термин, включающий в себя злокачественные новообразования желчевыводящих путей, двенадцатиперстной кишки и поджелудочной железы. Эти анатомические образования тесно взаимосвязаны в функциональном отношении, что определяет сходство клинической картины развивающихся здесь опухолей.

Результаты анализа статистических данных свидетельствуют о неуклонном росте заболеваемости раком органов БПДЗ и смертности от него во всем мире. В настоящее время частота рака этой локализации составляет 5—9% от общего количества всех злокачественных опухолей и 9—17% от новообразований органов пищеварения. Смертность от рака поджелудочной железы за последние 40 лет увеличилась более чем в 3 раза, и как причина смерти среди всех причин опухолей он стоит на четвертом месте, уступая только раку органов желудочно-кишечного тракта, легкого и молочной железы [Барканов А. И., 1983; Dobelbower R. R., 1986; Dunn E., 1987].

17.1. ОШИБКИ В ПОЛИКЛИНИКЕ ОБЩЕЙ ЛЕЧЕБНОЙ СЕТИ

Ведущим клиническим симптомом злокачественных опухолей органов БПДЗ является механическая желтуха. Лишь у 10—20% больных первоначально желтухи может не быть совсем и ее появление связано уже с метастазированием раковой опухоли либо прорастанием ею соседних анатомических структур (например, при раке желчного пузыря, тела и хвоста поджелудочной железы, двенадцатиперстной кишки). Симптомы обтурации желчевыводящих путей быстрее проявляются при локализации опухоли в желчных протоках, большом сосочке двенадцатиперстной кишки, головке поджелудочной железы. Как правило, больные обращаются за врачебной помощью задолго до появления желтухи. Симптоматика заболевания в этом периоде чрезвычайно разнообразна, и даже опытному специалисту бывает трудно составить оптимальный план первичного обследования для каждого больного. Как показывают наблюдения, на этом этапе очень часто возникают диагностические ошибки.

Проявления рака органов БПДЗ зависят от его первичной

локализации, особенностей распространения, возраста и общего состояния больного. Большое значение в клинической картине имеют также фоновые, сопутствующие заболевания и осложнения основной патологии (панкреатит, цирроз печени, желчнокаменная болезнь, диабет и др.). Симптомы этих заболеваний или осложнений часто ярко выражены, и при первом же обращении онкологических больных к врачу поликлиники обследование может пойти по ошибочному пути. Получив подтверждение предварительного диагноза (например, хронический холецистит) с помощью лабораторных, рентгенологических, ультразвуковых исследований, врач убеждается в «правильности» своих суждений и назначает соответствующее лечение. Располагая ограниченным временем для приема больного, клиницист зачастую далее «идет на поводу» установленного ошибочного диагноза. Освобождение больного от работы, рациональная диета, противовоспалительная, спазмолитическая терапия приносят обычно быстрый эффект, что еще более укрепляет диагностическую версию лечащего врача. Полученная ремиссия при раке органов БПДЗ чаще всего бывает кратковременной. Однако ухудшение общего состояния больного и появление новых симптомов врач расценивает как «обострение заболевания» и вновь назначает симптоматическую по сути дела терапию.

По единодушному мнению специалистов, больные с опухолями органов БПДЗ слишком долго (в среднем 3—6 мес) находятся под наблюдением в поликлиниках. Лишь прогрессирующее ухудшение состояния больного и появление желтухи служат поводом для его углубленного обследования или направления в стационар. Чем продолжительнее анамнез заболевания, тем меньше врачи поликлиник склонны думать о наличии у больного злокачественной опухоли. Практика показывает, что это неверно. Мы располагаем многими наблюдениями за больными со злокачественными опухолями органов БПДЗ, которые до установления диагноза рака обращались к врачам на протяжении 10—12 мес, а иногда значительно дольше. Нередко таким больным производят ошибочно операции. В качестве иллюстрации приводим наблюдение.

Больная Р., 57 лет, поступила 1.07.81 г. в связи с жалобами на периодически возникающие боли в эпигастральной области и правом подреберье, кожный зуд, периодически появляющееся желтушное окрашивание кожи и склер. Перечисленные симптомы появились летом 1978 г. В сентябре 1978 г. в г. Грозном больной произведена операция по поводу хронического холецистита — холецистэктомия. После операции сохранились боли и волнообразная желтуха. Неоднократно лечилась амбулаторно и в стационарах по месту жительства с предположительным диагнозом «холангит». Лишь в июне 1981 г. (!) при рентгенологическом и эндоскопическом исследованиях выявлена опухоль двенадцатиперстной кишки. 8.07.81 г. во время повторной операции обнаружена опухоль нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки, прорастающая в головку поджелудочной железы. Гепатикохоледох расширен до 6 см в диаметре. В печени явления цирроза. При цитологическом иссле-

довании пунктата опухоли установлен аденогенный рак. Сформированы холедохоэнтеро- и гастроэнтероанастомоз. Выписана 10.08.81 г. Для выполнения радикальной операции не явилась.

Можно привести еще десятки примеров, когда рак органов БПДЗ длительно протекал под маской разнообразных заболеваний. Нет необходимости излагать здесь многообразную, подчас запутанную симптоматику, достаточно полно описанную во многих руководствах. Однако, ретроспективно анализируя истории болезней, можно утверждать, что рак органов БПДЗ может быть выявлен значительно раньше. Для этого не нужно какой-то особой «онкологической настороженности» — необходимо лишь целенаправленное мышление врача. К сожалению, большинство врачей поликлиник недостаточно подготовлены для выработки эффективного плана обследования больных с опухолями БПДЗ.

Неоднократное обращение больного в поликлинику, необъяснимое постоянное ухудшение его состояния, боли в животе, уменьшение массы тела, лихорадка и др. должны стать поводом обследования больного с целью исключения опухолевого поражения органов пищеварения. В настоящее время решение этой задачи не вызывает больших затруднений. Широко доступные лабораторные исследования крови, желудочного и дуоденального содержимого, рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта можно провести в считанные дни. Если на основании полученных данных нельзя объяснить клиническую картину, то больного необходимо направить на консультацию к онкологу, специализирующемуся на хирургическом лечении органов пищеварения. Как показывают наши наблюдения, именно такой путь позволяет быстро выработать план дальнейшего обследования и определить показания к госпитализации больного.

Стремление врача поликлиники установить точный диагноз у данной категории больных также не всегда оправданно, а иногда просто ошибочно. На проведение сложных рентгенологических, эндоскопических, радиоизотопных исследований, на которые еще имеется большая очередность, тратится много времени. Собранные данные не всегда информативны и сопоставимы, так как нередко бывают получены в разное время и в различных медицинских учреждениях. Как правило, у таких «досконально обследованных» больных при поступлении в стационар приходится вновь проводить необходимые исследования, поскольку полученные ранее данные уже устарели.

Как ни парадоксально, с теми же проблемами сталкиваются больные, обращающиеся в поликлиники по поводу желтухи. При столь яркой симптоматике роль врача поликлиники должна сводиться к определению характера желтухи и госпитализации больного в соответствующий стационар. Однако и здесь сказываются как трудности диагностики, так и недоработки в организации медицинской службы.

Современные методы диагностики, применяемые с целью установления этиологии и патогенеза желтух, весьма точны и информативны. Одни только биохимические исследования крови (содержание билирубина, холестерина, трансаминаз, щелочной фосфатазы и др.) позволяют в течение нескольких часов с большой долей вероятности установить причину холемии у подавляющего большинства больных. К сожалению, это утверждение справедливо только в отношении лабораторий специализированных медицинских учреждений. Чаще всего врачи поликлиник переоценивают именно результаты лабораторных исследований и не уделяют должного внимания анамнезу и даже осмотру больного. Действуя на основании неточных лабораторных тестов, они ошибочно устанавливают диагнозы «гепатит», «цирроз печени» и т. п. и направляют больного в терапевтическое, а чаще в инфекционное отделение. В настоящее время, к сожалению, до 80% больных, страдающих желтухой опухолевой этиологии, направляют в эти стационары [Земляной А. Г., 1987]. Однако, хотя госпитализация в инфекционное отделение и задерживает специальное лечение больного в среднем на 10—20 дней, этот путь является не самым худшим.

Гораздо сложнее положение больных с механической желтухой, которым назначают амбулаторное лечение по поводу ошибочно установленных соматических заболеваний. При этом нередко длительно применяют большие дозы гормональных препаратов. Не добившись ремиссий, вновь направляют больных на разнообразные исследования. Такая ошибочная тактика, к сожалению, еще широко распространена. В качестве иллюстрации данного положения приводим следующее наблюдение.

Больной Х., 56 лет, обратился к участковому врачу в начале июля 1987 г. с жалобами на боли в эпигастрии, недомогание, слабость, плохой аппетит. Ранее ничем не болел, перечисленные жалобы появились 3 мес назад, за это время больной похудел на 10 кг. Проведены лабораторные исследования крови и мочи, рентгеноскопия желудка. Диагноз не установлен. Назначено лечение по поводу предполагавшегося гастрита. Пациент от работы не освобожден, несмотря на неоднократные обращения к врачу. Боли в эпигастральной области постепенно усиливались, стали беспокоить по ночам. 14.09.87 г. появилась желтуха, и только после этого больной был освобожден от работы и госпитализирован в терапевтический стационар с диагнозом «хронический холецистит». Через 2 сут больного перевели в инфекционное отделение. Диагноз гепатита был отвергнут, и 28.09.87 г. он был переведен с интенсивной желтухой в онкохирургический стационар в состоянии средней тяжести. 6.10.87 г. при лапаротомии выявлен рак головки поджелудочной железы. Опухоль инфильтрировала всю печеночно-двенадцатиперстную связку до ткани печени. Обнаружены множественные метастазы в забрюшинных лимфатических узлах и по брюшине сальниковой сумки. Вмешательство закончено пробной лапаротомией.

Приведенное наблюдение является, к сожалению, весьма типичным. Несмотря на выраженную симптоматику и быстрое прогрессирование заболевания, диагноз рака был установлен

лишь через 3 мес, причем все это время больной находился под наблюдением врачей. А. Г. Земляной (1987) утверждает: «Необходимо значительно улучшить и ускорить диагностику желтух. К сожалению, за 30 лет в этом отношении ничего не изменилось». Мы полностью разделяем эту точку зрения.

Общеизвестно, что при раке органов БПДЗ продолжительность желтухи более 2—3 нед сводит практически к нулю возможность одноэтапной радикальной операции. У подобных больных развиваются тяжелые нарушения обмена веществ, для устранения которых на первом этапе необходимо применить какой-либо вариант отведения желчи. Удаление опухоли приходится откладывать иногда на продолжительное время, необходимое для восстановления функций печени, почек, поджелудочной железы. Обтурационная желтуха, сохраняющаяся в течение более чем 1,5—2 мес, нередко вызывает развитие билиарного цирроза печени и необратимых изменений в почках. Такие больные тяжело переносят даже простейшие паллиативные операции, а радикальные вмешательства можно выполнить в последующем лишь единицам из них.

Таким образом, кроме объективных трудностей диагностики рака органов БПДЗ в условиях поликлиники, отмечаются еще и организационные просчеты, на которых должно быть в первую очередь сосредоточено пристальное внимание. В настоящее время ведется работа по созданию крупных консультативно-диагностических центров, задача которых — уменьшение продолжительности и повышение эффективности обследования больных. Несомненно, за этим будущее.

Можно ли улучшить положение дел сегодня? Как показывает опыт, одной из самых эффективных форм взаимодействия поликлиники и специализированного стационара является заключение договора о сотрудничестве этих учреждений. В результате этого врачи поликлиники получают возможность постоянно консультироваться с высококвалифицированными специалистами, приобретают опыт диагностики и лечения в наиболее сложных ситуациях. Уменьшается продолжительность обследования больных в поликлинике, причем целенаправленная диагностика позволяет избежать дублирования исследований. Ускоряется оборот больничной койки, сокращаются сроки пребывания больных в стационаре перед операцией, чему в немалой степени способствует оперативный обмен медицинской документацией. Стационар госпитализирует больных «на себя», при этом врачи-консультанты производят отбор больных соответственно профилю и возможностям учреждения. Госпитализация производится целенаправленно в соответствующие отделения, в связи с чем устраняется необходимость внутрибольничных перемещений. Немаловажно и то обстоятельство, что, наблюдая в последующем за выписанными больными, врачи стационара могут оценивать результаты лечения и внести коррективы в применяемые в клинике мето-

дики. В результате такого сотрудничества медицинских учреждений выигрывают все его участники, в первую очередь, конечно, больные.

17.2. ОШИБКИ В СТАЦИОНАРЕ

Единственным методом, позволяющим рассчитывать на излечение от рака органов БПДЗ, остается оперативное вмешательство. Однако лишь приблизительно 10% госпитализированных больных с этой патологией может быть произведена радикальная операция. Это объясняется прежде всего сложными анатомическими и функциональными взаимоотношениями органов БПДЗ, тяжелыми нарушениями обмена веществ у данных больных. Кроме того, большинство больных раком органов БПДЗ — люди пожилого и старческого возраста, у которых имеются сопутствующие заболевания.

Радикальные операции по поводу рака органов БПДЗ сложны, весьма травматичны и продолжительны, поэтому показания к ним ограничены. Послеоперационная летальность достигает 15—40%, а средняя продолжительность жизни — 15—18 мес, 5 лет после операции живут единичные больные.

В настоящее время общепризнана целесообразность выполнения паллиативных операций по поводу рака органов БПДЗ. В этих вмешательствах, направленных на ликвидацию мучительных синдромов обтурационной желтухи, непроходимости двенадцатиперстной кишки и др., нуждаются до 80% больных. Средняя продолжительность жизни больных после паллиативных операций составляет 3—8 мес.

Неудовлетворительные результаты хирургического лечения рака органов БПДЗ свидетельствуют о том, что эта проблема выходит за рамки хирургии. В настоящее время онкологами интенсивно разрабатываются различные варианты лучевой и лекарственной терапии, некоторые получили обнадеживающие результаты [Барканов А. И., 1983; Eschwege F., 1986; Dobelbower R. R., 1986].

Следует подчеркнуть, что изложенные выше сведения приведены на основании материалов ведущих отечественных и зарубежных специализированных лечебных учреждений. Опыт показывает, что результаты лечения больных раком данной локализации в учреждениях общей лечебной сети несравненно хуже.

Специализированных онкологических стационаров для леления больных раком органов БПДЗ не существует, их, как правило, госпитализируют в общехирургические отделения. Это оправдано, если речь идет о крупных, хорошо оснащенных учреждениях, имеющих подготовленных специалистов. Однако в большинстве стационаров, в которых производят много экстренных операций, нет возможности систематически заниматься проблемой рака органов БПДЗ. Опыт показывает,

что именно в подобных отделениях встречается больше всего ошибок.

Обследование больных, госпитализированных по поводу рака органов БПДЗ, должно быть непродолжительным и информативным, проводить его следует на фоне предоперационной подготовки. В отделениях, в которые госпитализируют мало подобных больных, отсутствуют отработанные схемы диагностики и лечения. Вследствие этого им проводят слишком поверхностное обследование или, наоборот, выполняют многочисленные, подчас сложные и небезопасные, но совсем не нужные исследования. В первом случае необоснованно легко отвергают диагноз рака, во втором напрасно теряют время и в последующем признают больных инкурабельными.

Основными задачами, которые необходимо решить, для того чтобы выработать план лечения рака органов БПДЗ, являются уточнение характера желтухи и уровня обтурации желчевыводящих путей; определение распространенности опухолевого поражения, выявление резервных возможностей органов и систем больного, т. е. степени риска планируемого вмешательства.

Современные методы диагностики рака органов БПДЗ позволяют получить исчерпывающую информацию о характере патологического процесса. Наиболее эффективными являются ультразвуковое исследование, компьютерная томография, ретроградная холангиопанкреатография, чрескожная чреспеченочная холангиография и т. д. К сожалению, большинство лечебных учреждений еще не имеет возможности широко применять указанные методы. По нашему мнению, использовать весь комплекс сложных методов при обследовании каждого больного нет необходимости. Нужные сведения чаще всего можно получить с помощью рентгеноскопии желудка и двенадцатиперстной кишки, а также лапароскопии. При этом важнейшее значение имеют квалификация и опыт специалиста, анализирующего полученные данные.

Необходимо подчеркнуть особое значение лапароскопии, которой отводят незаслуженно мало место в диагностике рака органов БПДЗ. Наш личный опыт выполнения более 1200 лапароскопий у онкологических больных позволяет с уверенностью высказаться в пользу этого простого, безопасного и чрезвычайно информативного метода исследования. При определенных навыках с помощью лапароскопии можно определить характер желтухи, уровень обтурации желчевыводящих путей, состояние паренхимы печени, признаки портальной гипертензии, характер и распространенность метастазирования. Иногда удается осмотреть и произвести биопсию первичной опухоли. Нередко только лапароскопия позволяет отвергнуть диагноз злокачественной опухоли и выявить цирроз печени у больных, которых месяцами обследовали в различных учреждениях в связи с прогрессирующим ухудшением самочувствия и диспеп-

сическими расстройствами. Иногда у заведомо инкурабельных больных неожиданно обнаруживают поликистоз или эхинококкоз печени либо острый гепатит. В качестве иллюстрации приводим собственное наблюдение.

Больной П., 62 лет, заболел в начале декабря 1984 г., когда заметил желтушность склер и кожи. Желтуха быстро нарастала, появились боли в животе, резкая общая слабость, зуд кожи. С 28.12.84 г. по 1.01.85 г. находился в инфекционном отделении, где диагноз гепатита был отвергнут и больного выписали, направив его на обследование в онкологический стационара. При поступлении 15.01.85 г. состояние больного средней тяжести. Отмечается выраженное желтушное окрашивание кожи и слизистых оболочек. Живот значительно увеличен в объеме за счет свободной жидкости. Печень выступает на 3 см из-под реберной дуги. Уровень билирубина в крови 1025 мкмоль/л, прямого билирубина 696 мкмоль/л, АЛТ 1,2 ммоль/л, АСТ 1,8 ммоль/л, холестерина 6,9 ммоль/л, щелочной фосфатазы 2,5 ммоль/л. Лапароскопия: печень увеличена в объеме, край ее острый, поверхность органа «мускатного» вида, красного цвета. Селезенка увеличена до 15×10×10 см, обычной консистенции. Признаков портальной гипертензии нет. В брюшной полости около 3 л асцитической жидкости желтого цвета. Заключение: острый гепатит. Больной переведен в инфекционную больницу, где диагноз гепатита подтвержден (в крови обнаружен специфический антиген). После длительного лечения наступило выздоровление.

Разумеется, не всегда удается установить точный диагноз, используя рутинные методы обследования. Патологические процессы в органах БПДЗ чрезвычайно многообразны и часто сочетаются. В некоторых случаях установить достоверный диагноз и определить направление лечебной тактики очень трудно. Чаще всего подобные ситуации встречаются при сочетании внутри- и внепеченочного холестаза, а также при патологических процессах в поджелудочной железе, протекающих без желтухи. Грубой ошибкой и опасным заблуждением является неоправданная операция при целом ряде «нехирургических» заболеваний органов БПДЗ. Подобным больным необходимо произвести ретроградную панкреатохолангиографию, а при невозможности ее выполнения — лапароскопическую или чрескожную холангиографию, после чего иногда полностью меняется представление о характере патологического процесса. В качестве иллюстрации приводим собственное наблюдение.

Больной Н., 51 года, поступил в апреле 1983 г. с обтурационной желтухой. В мае 1975 г. в МНИОИ им. П. А. Герцена произведена операция по поводу механической желтухи и стеноза двенадцатиперстной кишки. На операции у больного обнаружена массивная инфильтративная опухоль большого сосочка двенадцатиперстной кишки, прорастающая в головку поджелудочной железы. Произведены дуоденотомия и биопсия опухоли. Гистологическое заключение: сосочковая аденокарцинома. Наложены гастроэнтеро- и холецистоэнтероанастомозы, опухоль маркирована танталовыми скрепками. В послеоперационном периоде проведен курс дистанционной гамма-терапии на опухоль (суммарная очаговая доза 55,5 Гр). На протяжении 7,5 лет больной чувствовал себя удовлетворительно, работал по специальности.

В декабре 1982 г. появились желтуха и симптомы холангита. Обратился в поликлинику по месту жительства, где было установлено «прогрессирова-

ние рака» и назначена симптоматическая терапия. Состояние больного ухудшалось, и он был госпитализирован в отделение абдоминальной онкологии. При осмотре, рентгенологическом исследовании желудка и лапароскопии, произведенных в апреле (!) 1983 г., данных, которые свидетельствовали бы о прогрессировании рака, не получено. Произведена гастродуоденоскопия. В двенадцатиперстной кишке — рубцовые изменения, опухоль полностью резорбировалась. Удалось канюлировать зияющее отверстие в «дуоденальном соске» и выполнить ретроградную панкреатохолангиографию. Выявлены два крупных конкремента в гепатикохоледохе. 14.04.83 г. при повторной операции опухоль и метастазы не обнаружены. Ранее наложенные анастомозы проходимы. Гепатикохоледох расширен до 2 см, в нем — два конкремента и замазкообразная масса. Произведены холедохолитотомия и дренирование холедоха. 23.04.83 г. при фистулографии выявлена хорошая проходимость «дуоденального соска» и холецистоэнтероанастомоза. Дренаж удален. Больной обследован в ноябре 1987 г.; жалоб не предъявляет, работает по специальности.

В заключение следует подчеркнуть, что если перечисленные диагностические приемы не позволяют установить диагноз, но в то же время на основании полученных данных нельзя исключить опухолевое поражение органов БПДЗ, то необходимо произвести диагностическую лапаротомию. Очень важно, чтобы применение всевозможных методов исследования не было самоцелью. Хочется привести в этой связи высказывание Б. Нидерле (1982): «Новые методы сделали переворот в диагностике желтухи, но их выбор и интерпретация зависят от врача с его клиническим опытом, уравновешенностью и ответственностью. Обследование больного начинается с клинической картины и после проведения всех анализов возвращается к ней же. Не следует ожидать, что вопрос об операции решит вместо нас вспомогательный метод».

17.3. ОШИБКИ В ЛЕЧЕНИИ

Ошибки при хирургическом лечении. Мы уже отмечали выше, что операции большинству больных с опухолями органов БПДЗ производят в общехирургических стационарах. Врачи этих учреждений лишены возможности систематически оценивать результаты лечения, так как обязанности диспансерного наблюдения за онкологическими больными возложены на онкологическую службу. Этим, вероятно, можно объяснить большое количество ошибок диагностического и тактического плана, допускаемых хирургами.

Трудно переоценить значение квалифицированной ревизии органов брюшной полости в ходе операций на органах БПДЗ. Именно на этом этапе возникает больше всего диагностических ошибок. Причинами их являются, как правило, недостаточная квалификация врачей или шаблонный подход к оперативному вмешательству. Немаловажное значение имеет также необоснованное мнение о «бесперспективности» лечения онкологических больных. Вследствие поспешных, необдуманных действий хирурга оперативное вмешательство часто оказывается неэф-

фективным или даже усугубляет страдания больных. На основании результатов анализа повторных операций, произведенных 127 больным раком органов БПДЗ, нами выделены следующие типичные ошибки.

1. Не устанавливают механический характер желтухи. Чаще всего такие ошибки возникают в тех случаях, когда при ревизии органов БПДЗ выявляют спавшиеся внепеченочные желчные пути и прекращают операцию, установив диагноз «гепатит», «начинающийся цирроз печени» и др. Это в корне неверно. Нередко при повторных операциях, производимых этим больным, обнаруживают, что спавшимся оказывается лишь желчный пузырь, а общий желчный проток резко расширен, так как пузырный проток «вовлечен» в опухоль и «отключен» от пассажа желчи.

Таких ошибок можно избежать, если обратить внимание на резко увеличенную зеленовато-бурого цвета застойную печень с закругленным краем и расширенными субкапсулярными желчными протоками, а затем осмотреть общий желчный проток. Как правило, в этом случае сразу же обнаруживают опухоль. Даже если выявлен спавшийся и запустевший гепатикохоледох, нельзя прекращать операцию, не установив полную проходимость желчевыводящих протоков с помощью интраоперационной холангиографии. Если же вновь возникают сомнения в проходимости протока, то необходимо выполнить холедохотомию и его зондирование. Даже при полной уверенности в отсутствии обтурации желчевыводящих путей, заканчивая операцию, следует произвести биопсию печени для уточнения природы холестаза. Такая хирургическая тактика позволит избежать ошибок в определении характера желтухи, хотя многие из перечисленных манипуляций окажутся ненужными при условии, если будет проведено полноценное обследование больного в предоперационном периоде.

2. Не выявляют опухоль органов БПДЗ. Подобные ошибки встречаются очень часто. Кроме объективных трудностей интраоперационной диагностики, их причиной является поверхностная или неквалифицированная ревизия органов брюшной полости. Обнаружив, например, конкременты в желчном пузыре, некоторые хирурги сразу приступают к холецистэктомии, не закончив исследование органов БПДЗ, вследствие чего опухоль остается невыявленной. Самыми грубыми ошибками в подобных ситуациях мы считаем выполнение сложных вмешательств, при которых нарушается целость важнейших образований БПДЗ. Нередко в последующем таким больным уже не удается помочь.

В качестве иллюстрации приводим собственное наблюдение.

Больной А., 41 года. 8.12.79 г. в другом городе произведена операция по поводу механической желтухи. Обнаружены увеличенный желчный пузырь и расширенный гепатикохоледох. Несмотря на отсутствие воспалительных

изменений и конкрементов в желчных путях, произведена холецистэктомия. При дальнейшей ревизии брюшной полости высказано предположение о наличии опухоли в большом сосочке двенадцатиперстной кишки и наложен холедоходуоденоанастомоз.

Больной поступил для дообследования и лечения 28.02.80 г. При фибродуоденоскопии выявлен рак большого сосочка двенадцатиперстной кишки. 17.03.80 г. произведена повторная операция. В брюшной полости — спаечный процесс. После разделения спаек с большим трудом выделены печеночно-двенадцатиперстная связка и двенадцатиперстная кишка, начата мобилизация головки поджелудочной железы. Обнаружена опухоль большого сосочка двенадцатиперстной кишки в виде язвы диаметром 3 см, прорастающая в головку поджелудочной железы. Метастазы не обнаружены. Далее операция продолжена более типично, однако большие трудности возникли при выделении общего желчного протока, который оказался замурованным грубыми сращениями в зоне холедоходуоденоанастомоза. Печеночно-двенадцатиперстная связка укорочена вследствие рубцового процесса, что длительно не позволяло освободить достаточный участок протока для его пересечения. В конечном итоге удалось выполнить панкреатодуоденальную резекцию. Стенка желчного протока, деформированная рубцами, неоднократно прорезалась швами при наложении холедохоэнтероанастомоза. Операция закончена дренированием подпеченочного пространства и зоны панкреатоэнтероанастомоза.

Ближайший послеоперационный период протекал гладко. На 5-е сутки по дренажу из подпеченочного пространства стала выделяться желчь. Сформировался желчный свищ. Общее состояние больного оставалось удовлетворительным, однако свищ был стойким, по нему выделялось до 400 мл желчи в сутки. 6.04.80 г. внезапно возникло профузное кровотечение из свища, началась рвота кровью. Несмотря на проведенную массивную трансфузионную гемостатическую терапию, больной умер. На вскрытии обнаружены несостоятельность холедохоэнтероанастомоза, желчный свищ, аррозия культи желудочно-двенадцатиперстной артерии.

В данном наблюдении при выполнении первой операции были допущены серьезные ошибки: напрасно удален желчный пузырь и наложен анастомоз протока с двенадцатиперстной кишкой. Было бы правильнее воспользоваться желчным пузырем для создания билиодигестивного анастомоза или даже произвести холецистостомию, после чего перевести больного в специализированное лечебное учреждение.

3. Неправильно трактуют уровень обтурации желчевыводящих путей. Причина таких ошибок — недостаточно полная оценка ситуации, вследствие чего при паллиативных операциях создают обходные анастомозы с изолированными опухолью участками желчных путей. Желтуха после таких «пособий» не резорбируется. В качестве иллюстрации приводим собственное наблюдение.

Больной Р., 50 лет, оперирован в одной из хирургических клиник Москвы по поводу механической желтухи в июле 1985 г. Из протокола операции следует, что у больного выявлена опухоль головки поджелудочной железы и сформирован холецистогастроанастомоз. Желтуха оставалась прежней интенсивности, сопровождалась мучительным зудом кожи. Больной выписан на симптоматическое лечение по месту жительства. При повторной операции через 3 мес обнаружен рак головки поджелудочной железы. Опухоль врастает в пузырный проток; желчный пузырь, таким образом, «отключен». Сообщения между желудком и желчным пузырем нет — холецистогастроанастомоз полностью зарубцевался. В печени — выраженные проявления цирроза. Вы-

полнена холецистэктомия и сформирован гепатикоэнтероанастомоз. Желтуха резорбировалась.

4. Неправильно определяют распространенность рака и резектабельность опухоли. Следствием таких ошибок является необоснованный отказ от радикальных операций. Ошибочные сведения об операционных находках переносят затем в медицинские документы, дезориентируя тем самым врачей на последующих этапах лечения больных. Приводим одно из таких наблюдений.

Больной Н., 51 года, поступил 10.04.73 г. с диагнозом «рак поджелудочной железы». 24 года назад произведена резекция желудка по поводу язвенной болезни. В октябре 1972 г. в одной из клиник Москвы выполнена операция в связи с возникновением механической желтухи. Из протокола операции следует, что у больного асцит, головка и тело поджелудочной железы поражены неподвижной опухолью. Наложена холецистостома, и больной выписан для проведения симптоматического лечения по месту жительства. Признан инвалидом I группы. На протяжении 6 мес больной был вынужден заниматься уходом за свищем, выделяющуюся из дренажа желчь собирал и принимал внутрь во время еды. При осмотре через 6 мес состояние больного удовлетворительное. На передней брюшной стенке — желчный свищ, в котором установлена дренажная трубка. Пальпаторно опухоль в брюшной полости не определяется, асцита нет. 4.05.73 г. предпринята лапаротомия с целью устранения свища. После разделения спаек выявлена опухоль нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки, связанная с головкой поджелудочной железы. Метастазы не обнаружены. Произведена панкреатодуоденальная резекция. Гистологическое исследование удаленного препарата: сосочковая аденокарцинома двенадцатиперстной кишки, прорастающая в поджелудочную железу. На протяжении 4 лет больной жалоб не предъявлял, работал. Умер от генерализованного метастазирования через 4 года после повторной операции.

Ошибкой следует признать также отказ от трансдуоденальной папиллэктомии при раке большого сосочка двенадцатиперстной кишки у больных, которые в связи с тяжелым состоянием не могут перенести панкреатодуоденальную резекцию. Основываясь на том, что папиллэктомия — «нерадикальная операция», создают только обходные билиодигестивные анастомозы. Между тем Е. С. Футорян (1972) на большом клиническом материале показывает, что трансдуоденальная папиллэктомия при небольших опухолях, не выходящих за пределы большого сосочка двенадцатиперстной кишки, дает вполне удовлетворительные результаты и ее можно считать радикальным оперативным вмешательством. Приводим одно из таких наблюдений.

Больная К., 54 лет. 8.12.69 г. произведена операция по поводу механической желтухи. Выявлена опухоль большого сосочка двенадцатиперстной кишки диаметром 1,5 см. Метастазы не обнаружены. Произведена трансдуоденальная папиллэктомия, общий желчный проток лигирован в супрадуоденальном отделе, наложен холецистогастроанастомоз. Гистологическое исследование удаленного препарата: аденокарцинома, частично солидного строения, из слизистой оболочки желчного протока. В течение 5 лет больная жалоб не предъявляла, диеты не придерживалась, работала.

В декабре 1974 г. появились интенсивные боли в правом подреберье, озноб, повышение температуры тела, рецидивировала желтуха. Врачом поликлиники назначена симптоматическая терапия «ввиду инкурабельности». Поступила повторно в отделение 9.02.75 г. Состояние больной тяжелое, интенсивная желтуха, холангит (температура до 40 °С). 18.02.75 г. произведена лапаротомия. Рецидив и метастазы опухоли не обнаружены. Анастомоз между желчным пузырем и желудком проходим. Общий желчный проток резко расширен, наполнен конкрементами. Произведена холедохотомия, удалено около 50 пигментных камней и большое количество замазкоподобной массы, при этом место наложения лигатуры не найдено (произошла реканализация перевязанного участка). Протоки промыты. Ввиду тяжести состояния больной операция закончена дренированием холедоха. Послеоперационный период протекал гладко, желтуха резорбировалась, желчный свищ закрылся после удаления дренажа.

В декабре 1975 г. вновь появились боли в правом подреберье, желтуха. 26.12.75 г. произведена третья операция. После разделения спаек рецидив и метастазы не обнаружены, желчный пузырь, пузырный и общий желчный протоки заполнены конкрементами. Разобщен холецистогастроанастомоз, дефект стенки желудка зашит, произведена холецистэктомия. Общий желчный проток пересечен поперечно, из его просвета удалено множество конкрементов, на дистальный отдел протока наложена лигатура. Сформирован холедохоеюноанастомоз с межкишечным соустьем. В декабре 1987 г. — через 12 лет после третьей операции и 18 лет после начала лечения — больная жива, жалоб не предъявляет.

5. Применяют тактику «пробной лапаротомии» при высокой опухолевой обтурации желчевыводящих путей. К сожалению, еще и в настоящее время некоторые хирурги считают «инкурабельными» больных, у которых наблюдается высокая опухолевая обтурация желчных путей. Это грубая ошибка. У данных больных может и должно быть осуществлено внутреннее отведение желчи, тем более что применяемые при этом методики не отличаются большой сложностью. Наиболее эффективна реканализация печеночных протоков с последующим созданием «каркаса» в виде транспеченочного сменного или «потерянного» дренажа. При рецидиве желтухи у таких больных вполне осуществимы повторные, а иногда и неоднократные операции.

Больная Г., 65 лет. 3.03.75 г в другом лечебном учреждении произведена операция по поводу механической желтухи. Обнаружена опухоль общего печеночного протока. Произведены холецистэктомия и кюретаж опухоли, после чего оставлен погружной резиновый дренаж. Интенсивность желтухи несколько уменьшилась, но полностью она не исчезла. 18.07.75 г. выполнено повторное вмешательство. Выявлена опухоль общего печеночного протока диаметром около 1,5 см. Произведена холедохотомия, дренаж в протоке не обнаружен. Биопсия опухоли показала наличие сосочковой аденокарциномы. Выполнена реканализация протока полихлорвиниловой трубкой диаметром 4 мм: выделяется «белая желчь». Рана протока зашита, оставлен погружной дренаж. Желтуха резорбировалась. До ноября 1977 г. больная чувствовала себя хорошо, затем появился кожный зуд, а в начале декабря — иктеричность склер. Быстро нарастала холемия. 19.12.77 г. произведена третья операция. После разделения массивных спаек выделен желчный проток: опухоль за 2,5 года практически не увеличилась (!). Метастазы не обнаружены. После холедохотомии в просвете протока найдены замазкообразная масса и обе трубки — пластмассовая и резиновая. Резиновый дренаж, не обнаруженный во время второй операции, находился в ретродуоденальном отделе

протока, был сложен вдвое, размягчен и покрыт большим количеством желчных солей. Просвет полихлорвиниловой трубки оказался свободным. Дренажи удалены, произведена реканализация протока, введена фторопластовая трубка диаметром 4 мм. Гистологическое исследование кусочков опухоли: сосочковая аденокарцинома. Больная умерла в январе 1979 г. — через 3 года 10 мес после начала паллиативного лечения.

Необходимо подчеркнуть, что именно у больных, у которых отмечается высокая опухолевая обтурация желчевыводящих путей, применение лучевой терапии после отведения желчи позволило добиться средней продолжительности жизни до 2,5 лет, многие из этих больных живут 3—5 лет [Terblanchl J., 1972, 1975].

6. Неопухолевые заболевания БПДЗ трактуют как карциному. Это наиболее опасные, а иногда роковые для больных ошибки. Вследствие таких ошибок упущено время для адекватного лечения, нередко больные становятся глубокими инвалидами. Приводим два собственных наблюдения.

1. Больной Н., 48 лет. В феврале 1975 г. в другом городе произведена операция по поводу механической желтухи. Обнаружен рак большого сосочка двенадцатиперстной кишки и наложен холецистоэнтероанастомоз. Желтуха не уменьшилась. Больной в течение года находился на симптоматическом лечении (наркотики), признан инвалидом I группы. Все это время желтуха оставалась интенсивной, больного беспокоили нестерпимый кожный зуд, слабость, бессонница. При повторной операции, произведенной 23.02.76 г., опухоль не обнаружена. Печень резко увеличена, черного цвета, с явлениями билиарного цирроза. В месте впадения пузырного протока в общий желчный находится вколоченный конкремент размером 2×2×3 см. Произведена холедохолитотомия. Обследован в ноябре 1987 г.: здоров, работает.

2. Больной С., 53 лет. В мае 1978 г. в другом лечебном учреждении произведена пробная лапаротомия по поводу «рака поджелудочной железы IV стадии». При поступлении в отделение 10.07.78 г. предъявлял жалобы на слабость, высокую температуру тела. Общее состояние удовлетворительное. При обследовании в желудочно-кишечном тракте и органах мочевыделения патологические изменения не обнаружены. Опухоль в брюшной полости не выявлена, асцита нет. С целью уточнения диагноза 25.07.78 г. произведена релапаротомия. В области хвоста и тела поджелудочной железы — кистозное образование больших размеров с массивным воспалительным инфильтратом по периферии. При попытке выполнить мобилизацию кисты вскрылся ее просвет, содержимое — густой гной с запахом, распадающиеся секвестрированные ткани. Произведено дренирование нагноившейся кисты поджелудочной железы и брюшной полости. Выздоровление. Обследован в ноябре 1987 г.: жалоб нет, выполняет прежнюю работу.

Эти наблюдения приведены не случайно: мы хотели еще раз подчеркнуть необходимость тщательной ревизии органов брюшной полости во время операций по поводу заболеваний органов БПДЗ, чтобы избежать тактических ошибок. В первую очередь необходимо определить уровень обтурации желчевыводящих путей и морфологическую структуру патологического процесса, так как все дальнейшие действия будут зависеть от этих данных. Осмотр, пальпация, пункция и зондирование протоков, а в случае необходимости и дуоденотомия помогут установить правильный диагноз. В некоторых случаях,

особенно при сочетании опухолевых поражений с желчнокаменной болезнью, значительным подспорьем является интраоперационная холангиография. Однако следует отметить, что проведение всего комплекса сложных диагностических манипуляций не должно стать самоцелью у больных, большинство из которых находятся в тяжелом состоянии. Мы считаем, что необходимо применять лишь необходимый и наиболее информативный в каждом конкретном случае метод, позволяющий быстро оценить ситуацию и выбрать оптимальный вариант хирургического пособия. Безусловно, это положение справедливо только в тех случаях, когда оперативное вмешательство производят опытные врачи в специализированном учреждении.

Несколько по-иному необходимо поступать в тех случаях, когда принято решение о том, что может быть произведено радикальное удаление опухоли. Поскольку эти операции всегда травматичны и опасны, следует стремиться получить максимально подробную информацию об особенностях патологического процесса. Необходимо подчеркнуть исключительную важность проведения гистологического или цитологического исследования как первичной опухоли, так и подозрительных на метастазы образований. В ряде случаев после получения результатов срочной биопсии полностью изменяют план вмешательства. Приводим одно из наблюдений.

Больная Д., 53 лет, поступила 17.11.80 г. с диагнозом «рак большого сосочка двенадцатиперстной кишки». Больна с марта 1979 г. Беспокоили боли в животе, периодически повышалась температура тела. Неоднократно обследована в различных лечебных учреждениях, диагноз не установлен. Состояние больной прогрессивно ухудшалось. При очередном приступе болей и повышении температуры тела 10.10.79 г. в одном из стационаров Курска произведена операция. Установлен диагноз «обострение хронического панкреатита» и наложена холецистостома. Состояние больной несколько улучшилось, желчный свищ закрылся после удаления дренажа. Через 1 мес после операции возобновились боли в животе, повысилась температура тела. Развилась анемия, повышенная температура тела стала постоянной. Безуспешно лечилась до ноября 1980 г. Признана инвалидом II группы. Затем обследована в Центральном научно-исследовательском институте гастроэнтерологии, где при фибродуоденоскопии выявлена опухоль большого сосочка двенадцатиперстной кишки. На основании результатов биопсии опухоли, произведенной при дуоденоскопии, заподозрен рак. 17.12.80 г. при релапаротомии обнаружена опухоль медиальной стенки двенадцатиперстной кишки диаметром 2,5 см. Опухоль располагалась ниже большого сосочка двенадцатиперстной кишки, прорастала всю стенку кишки. В левой доле печени — очень плотное образование диаметром 1 см, при его макроскопическом исследовании установлено, что это метастаз. На серозной оболочке желчного пузыря — белесоватые плотные узелки диаметром 0,4 см, также подозрительные на метастазы. Учитывая нечеткость гистологического заключения, полученного при эндоскопии, произведены дуоденотомия и биопсия опухоли, узла печени и узелков желчного пузыря. Заключение срочного гистологического исследования: в кишке — слизистый рак, в узлах из печени и желчного пузыря — хронический воспалительный процесс, элементов опухоли нет. Произведена панкреатодуоденальная резекция. В ноябре 1987 г. состояние больной удовлетворительное, жалоб нет.

Приведенное наблюдение представляет интерес с двух точек зрения: неполная, поверхностная ревизия органов брюшной полости во время выполнения первой операции привела к установлению ошибочного диагноза и длительным страданиям больной; биопсия опухоли и подозрительных на метастазы образований, произведенная в ходе повторного вмешательства, позволила выполнить радикальное удаление карциномы двенадцатиперстной кишки.

Обсуждая лечебные тактические ошибки при раке органов БПДЗ, нельзя не упомянуть еще об одной группе больных. Прослеживая судьбу больных, перенесших различные операции по поводу рака органов БПДЗ, нередко приходится наблюдать у них развитие патологических состояний, которые не могут быть устранены иначе как хирургическим путем (рецидив механической желтухи, полный наружный желчный свищ, непроходимость двенадцатиперстной кишки и др.). Большинство врачей расценивают такие состояния как признаки запущенности заболевания, а больных признают «инкурабельными». Мы считаем такое мнение ошибочным. В отсутствие данных, свидетельствующих об обширном метастазировании рака, и при общем удовлетворительном состоянии больных им может быть с успехом произведена повторная операция.

Повторные операции при раке органов БПДЗ отличаются повышенной технической сложностью вследствие развития спаечного процесса и возникновения изменений в анатомических взаимоотношениях в брюшной полости. Тем не менее при целенаправленных действиях хирурга, имеющего необходимый опыт, как правило, удается быстро оценить ситуацию и оказать помощь большинству больных. Так, из 127 находившихся под нашим наблюдением больных, оперированных повторно по поводу рака органов БПДЗ, радикальные вмешательства удалось выполнить 12 (9,4%). 6 — панкреатодуоденальные резекции, 4 — трансдуоденальные папиллэктомии и 2 — резекции гепатикохоледоха; 32 (25%) больным наложен гастроэнтероанастомоз в связи с непроходимостью двенадцатиперстной кишки.

Различные варианты желчеотводящих операций выполнены у 61 (48%) больного. Лишь у 22 (17%) больных повторные вмешательства оказались пробными. Мы считаем эти результаты вполне удовлетворительными, учитывая, что речь идет об онкологических больных, уделом которых без хирургического лечения могли быть только мучительные страдания, а единственным видом помощи — введение наркотических средств.

Обсуждая проблему рака органов БПДЗ, нельзя не упомянуть о больных, у которых раньше были злокачественные опухоли других локализаций. Возникающую у них желтуху большинство врачей расценивают как симптом, патогномоничный для метастазов в печени. Для больных подобное решение

очень часто является «приговором» к симптоматической терапии. Многие наблюдения показывают несостоятельность такой позиции.

Мы убеждены в необходимости полноценного обследования каждого больного с желтухой независимо от данных анамнеза. Подтверждением такого мнения служат десятки наблюдений первично-множественных опухолей, гепатита, желчнокаменной болезни и др. у онкологических больных. Приводим одну из наиболее характерных историй болезни.

Больная И., 54 лет. В 1984 г. проведено комплексное лечение по поводу рака правой молочной железы IIIб стадии, затем — неоднократные курсы химиотерапии. В начале 1985 г. у больной появились боли в правом подреберье, иррадиировавшие в поясницу, стала быстро худеть. В сентябре 1985 г. появилась желтуха. Состояние больной быстро ухудшалось. В поликлинике проведена ВТЭК, больная признана инвалидом I группы вследствие «метастазов рака в печени». 5.11.86 г. произведена лапароскопия. Метастазы не обнаружены. Желчный пузырь инфильтрирован, напряжен, в спайках. 10.11.86 г. во время лапаротомии обнаружены дольчатые уплотнения в головке поджелудочной железы, эмпиема желчного пузыря и расширение гепатикохоледоха до 1,5 см. После цитологического иследования пунктата уплотнений в головке поджелудочной железы установлен диагноз: хронический индуративный панкреатит с явлениями желчной гипертензии, эмпиема желчного пузыря. Выполнена холецистэктомия и создан холедоходуоденоанастомоз. Выздоровление. При обследовании в декабре 1987 г. данных, которые свидетельствовали бы о прогрессировании рака молочной железы, не получено.

Необходимо уделить внимание и деонтологическим ошибкам. В настоящее время много говорят о проблемах деонтологии в медицине. Известно, какое большое значение имеет общение медицинского персонала с больными и их родственниками, обсуждение с ними течения болезни, прогноза и пр. В нашей стране принято скрывать от больных, что у них выявлено онкологическое заболевание. Вначале это удается, особенно если лечение проводят в учреждениях общей медицинской сети. Однако после выписки из стационара дальнейшее наблюдение за больными осуществляют врачи онкологической службы. Именно эта ситуация является сложной как для медицинских работников, так и для больных. Здесь очень важны согласованные действия и чувство такта медицинских работников всех звеньев медицинской службы. К сожалению, часто тщательные усилия врачей оставить пациентов в неведении приводят к абсурдным ситуациям.

В последние годы получили широкое распространение ложные справки и выписки из историй болезни, которые оформляются специально для выдачи на руки онкологическим больным.

С нашей точки зрения, подобные «документы» не только не нужны, но и вредны, так как они нередко вводят в заблуждение врачей поликлиник, а для больных служат лишним препятствием для адекватного лечения.

Приводим собственное наблюдение.

Больной Б., 52 лет. В марте 1987 г. в одной из клиник Москвы произведена операция по поводу желтухи. Обнаружена опухоль головки поджелудочной железы и наложен холецистоэнтероанастомоз; в послеоперационном периоде развилось нагноение операционной раны. Когда больной уходил из клиники, ему выдали справку и выписку из истории болезни, где указывалось, что операция произведена по поводу индуративного панкреатита, и было рекомендовано наблюдение хирурга. До июня 1987 г. больной, согласно рекомендациям врачей стационара, лечился по поводу лигатурных свищей у хирурга поликлиники, а затем был выписан на работу. Спустя 2 нед у него появилась субферильная температура, состояние больного быстро ухудшалось, лихорадка приняла гектический характер. Рецидивировала желтуха. Лишь в августе 1987 г. больной консультирован онкологом и, несмотря на наличие документов, указывающих на панкреатит, был в тяжелом состоянии госпитализирован в онкохирургическое отделение с диагнозом «рак поджелудочной железы». Полученная по запросу «истинная» выписка из истории болезни подтвердила предположение о наличии у больного злокачественной опухоли.

25.08.87 г. произведена повторная операция, выявлен рак головки поджелудочной железы с метастазами в лимфатических узлах желудочно-ободочной связки. Желчный пузырь заполнен гноем, холецистэнтероанастомоз полностью зарубцевался. Произведена холецистэктомия и сформирован гепатикоэнтероанастомоз. Опухоль маркирована металлическими скрепками. Желтуха резорбировалась. Учитывая большие размеры опухоли, наличие метастазов и тяжелое состояние больного, радикальную операцию выполнять не планировали. В послеоперационном периоде проведен курс гамма-терапии (суммарная очаговая доза на опухоль 60 Гр). В ноябре 1987 г. больной приступил к прежней работе.

Неоднократно наблюдая подобные случаи, мы убеждаемся в том, что необходимо правильно и своевременно оформлять медицинскую документацию. Существует много способов убедить больных в необходимости обследования и лечения у онколога.

По нашему мнению, ложные документы не должны применяться в нашей практике. Что касается больных, то сам факт наблюдения в онкологическом учреждении для них гораздо красноречивее, чем любая ложная справка.

В заключение следует подчеркнуть, что наибольшее количество диагностических и лечебных ошибок при раке органов БПДЗ допускают в медицинских учреждениях общей лечебной сети.

В настоящее время хирургическое лечение большинства больных данной категории носит паллиативный характер, а лучевая и лекарственная терапия нередко приобретает решающее значение. В связи с этим лечение больных со злокачественными опухолями органов БПДЗ необходимо проводить в специализированных онкологических учреждениях.

ГЛАВА 18

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНЫХ НЕОРГАННЫХ ЗАБРЮШИННЫХ ОПУХОЛЕЙ

Первичные неорганные забрюшинные опухоли составляют 0,03—0,3% от всех онкологических заболеваний [Черкес В. Л. и др., 1976; Даниель-Бек К. В., Шафир И. И., 1976; Pack G., Tabah E., 1954; Wirbatz W., Matveev B., 1963]. Единство этой нозологии следует расценивать как более чем условное в связи с многообразием источников возникновения этих опухолей. Эта необычная патология представляет собой тот «пробный камень», на котором проверяется творческий подход врача к лечению больного, выявляющий либо его мастерство, либо недостаточную подготовленность к нестандартной ситуации. Нам представляется уместным привести вслед за В. Л. Черкесом и соавт. (1976) цитату из редакционной статьи журнала «Lancet» (1957): «Репутация многих клиницистов похоронена в забрюшинном пространстве. В этой «глухомани» мезенхимы с ее сосудистыми и нервными сплетениями, ее таинственными эмбриональными остатками, ее нечеткими фасциальными границами клиницисту часто остаются только чутье и основные диагностические принципы, которыми он может руководствоваться» (№ 6999, с. 780). Полностью разделяя эту оценку, мы попытаемся представить типичные ошибки в диагностике и лечении забрюшинных неорганных опухолей, постоянно апеллируя к диагностическим и лечебным принципам, правомочность которых доказана на практике. Следование этим принципам сводит к минимуму возможные ошибочные действия.

18.1. ОШИБКИ НА ЭТАПЕ ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Все авторы сходятся во мнении, что забрюшинные неорганные опухоли не имеют специфической клинической картины. Пестрая симптоматика с большой долей условности может быть сведена к проявлениям сдавления желудочно-кишечного тракта, мочевыводящих путей, нервных сплетений и окончаний, некоторым общим симптомам (уменьшение массы тела, слабость, немотивированная лихорадка). Возникновение тех или иных симптомов в первую очередь зависит от расположения и размеров забрюшинной опухоли.

До настоящего времени не предложено каких-либо вариантов активного выявления этой патологии. С одной стороны, это связано с чрезвычайным разнообразием составляющих этой нозологии, а с другой — с относительной ее редкостью. И все-

таки одним из реальных путей улучшения диагностики является полноценное, комплексное обследование больного при обнаружении пальпируемого образования или подозрении на его наличие. М. П. Боева (1963) справедливо указывает, что возникновение такого подозрения невозможно, если постоянно не помнить о возможности выявления забрюшинной опухоли. Большинство таких больных первоначально обращается к врачу общего профиля, и лишь около 5% — к онкологу. При этом на этапе первичной диагностики у них предполагают наличие воспалительных или органных опухолевых процессов в кишечнике, почках, женских половых органах и т. д. [Подневич И. Р., 1982]. Часто при этом не проводят необходимое комплексное обследование, позволяющее определить характер поражения — органное или неорганное. Установление ошибочного диагноза приводит к значительной задержке начала лечения, подчас до тех пор, пока опухоль не достигнет значительных размеров, а хирургическое и другое специальное лечение станет невозможным. Часто встречается и другая ситуация, когда при кажущейся относительной подвижной опухоли больного сразу же госпитализируют в общехирургический стационар и производят оперативное вмешательство без детального обследования под предлогом неопределенного диагноза «опухоль брюшной полости».

Таким образом, больные с забрюшинными неорганными опухолями могут попасть к хирургу, урологу, проктологу или гинекологу (при тазовой локализации опухоли). Лишь больных последней группы достаточно часто выявляют при профилактических осмотрах. Как правило, всех таких больных направляют на дообследование. Откладывать проведение уточняющей диагностики по каким-либо причинам недопустимо.

На этапе дообследования наиболее распространенная ошибка — непринятие мер с целью уточнения природы опухоли — органная или неорганная. А ведь перед первичной диагностикой стоит именно эта задача. В связи с тем что другие опухоли, которые могут быть выявлены при пальпации, встречаются чаще, чем забрюшинные неорганные, врач нередко делает ошибочное предположение и как следствие допускает погрешности в обследовании. Между тем уже на основании результатов полипозиционного осмотра и пальпации (форма, консистенция, поверхность и ограниченная подвижность) можно предположить забрюшинную локализацию опухоли. Применение этих простых приемов уже на первом этапе диагностики гарантирует, например, от ошибочного направления больных к гинекологу для удаления «кисты яичника» или урологу при соответствующей симптоматике. На первом этапе важно суммировать хотя и косвенные, но очень важные симптомы, позволяющие заподозрить забрюшинное расположение опухолевого образования. С этой целью выполняют обзорную рентгенографию грудной и брюшной полостей, контрастное исследо-

вание желудочно-кишечного тракта и мочевыводящих путей, ультразвуковое исследование брюшной полости. Применение указанного комплекса при первичном обследовании совершенно необходимо для разработки плана уточняющей диагностики и, главное — для направления больного в соответствующее лечебное учреждение. Чувствительность обследования такого объема достигает 91,4%, а специфичность — 81,8% [Миронова Г. Т. и др., 1986]. Как уже отмечалось выше, неразумно направлять таких больных в любой хирургический стационар. С учетом предположительного диагноза забрюшинной опухоли следует выбрать специализированный хирургический или онкологический стационар, в котором могут быть проведены уточняющая диагностика и необходимое лечение. Выполнение этого, на первый взгляд, малозначительного условия позволяет существенно уменьшить количество ошибок на последующих этапах, в частности избежать выполнения неоправданных пробных лапаротомий.

Одной из грубейших тактических ошибок на этапе первичной диагностики является отказ от лечения больного в связи с большими размерами и неподвижностью опухоли, наличием сопутствующих заболеваний. Во-первых, по клиническим данным можно лишь примерно оценить возможность удаления забрюшинной неорганной опухоли, даже результаты сложных инструментальных исследований не всегда позволяют ответить на этот вопрос. Во-вторых, прерогатива в решении этого принадлежит хирургу-онкологу. В противном случае возникают ситуации, когда первоначально больному отказывают в хирургическом лечении по указанным соображениям, а затем в связи с развитием стеноза желудочно-кишечного тракта и мочевыводящих путей, ухудшением общего состояния по достижении опухолью гигантских размеров направляют в онкологическое учреждение. Такие ошибки встречаются довольно часто и существенно ухудшают шансы больных на излечение.

18.2. ОШИБКИ НА ЭТАПЕ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ

Наиболее распространенной ошибкой в лечении больных с забрюшинными опухолями в общехирургических стационарах является попытка удалить их без полноценного дообследования и с неопределенным диагнозом. Если на этапе первичной диагностики следует исключить органный характер поражения, то при проведении уточняющей диагностики должны быть использованы все возможности для определения взаимоотношений опухоли с окружающими органами и магистральными сосудами, предпринята попытка морфологической верификации диагноза. В рамках такого обследования должны быть выполнены ангиография, лапароскопия, если это допустимо, то и пункционная биопсия опухоли, оценена функция почек. Полезную дополнительную информацию может дать компьютерная

или ультразвуковая томография. По показаниям могут быть проведены нижняя лимфография и рентгенологическое исследование в условиях ретропневмоперитонеума, хотя информативность этих методов невысока по сравнению с другими, а возможность осложнений, связанных с их применением, весьма реальна. Целесообразно в комплекс методов, используемых при обследовании, включать эндоскопическое исследование, особенно при опухолях таза. Изучение состояния слизистой оболочки прямой кишки и других отделов толстой кишки позволяет точнее оценить взаимоотношения забрюшинной опухоли со стенкой кишки, дифференцировать по визуальным и морфологическим данным прорастание извне от первичного органного поражения.

Однако, как показывает анализ допущенных ошибок, у большинства больных такое дообследование не проводят по тем или иным причинам и через 5—7 дней пребывания в хирургическом стационаре их назначают на операцию с диагнозом «опухоль брюшной полости», «киста яичника» и т. д. При этом хирург общего профиля должен произвести комбинированную операцию, при выполнении которой существует угроза массивной кровопотери, вероятность ранения или резекции магистральных сосудов. Известно, что в 70% случаев удаление забрюшинных неорганных опухолей сопровождается массивной кровопотерей, а в 10% кровопотеря может достигать одного или нескольких объемов циркулирующей крови [Даниель-Бек К. В., Шафир И. И., 1976; Черкес В. Л. и др., 1976; Клименков А. А. и др.,1986; Никитин А. М. и др., 1986].

Совершенно естественно, что не имея возможности компенсировать такую кровопотерю и осуществить коррекцию возможного фибринолиза и других последствий, хирург вынужден ограничиваться пробной лапаротомией. При этом чаще всего даже не проводят адекватную оценку резектабельности опухоли, для чего требуется пробная мобилизация с возможным удалением части опухоли. В других случаях, как следует из описания эксплоративных лапаротомий, препятствием к удалению становится интимное сращение опухоли с магистральными сосудами, стенкой кишки, почкой, мочеточником. Помимо ограничений, обусловленных недостаточными возможностями анестезиологической, реанимационной и трансфузиологической служб, выполнению операции мешает и то, что далеко не во всех общехирургических стационарах может быть проведена срочная интраоперационная морфологическая диагностика. При этом фиксированная доброкачественная опухоль может быть расценена как злокачественная и возможность ее паллиативного или радикального удаления отвергнута.

Что же следует предпринять хирургу, попавшему в такую ситуацию? Во-первых, обязательным условием является выполнение полноценной доступной ревизии брюшной полости с топической диагностикой основной опухоли и возможных множе-

ственных зачатков, уточнение взаимосвязи с желудочно-кишечным трактом, аортой, нижней полой и воротной венами, брыжеечными сосудами, почками, мочеточниками. Во-вторых, следует произвести биопсию с целью получения материала для планового гистологического исследования. В-третьих, целесообразно нанести метки по границам опухоли рентгеноконтрастным материалом, например танталовыми скрепками от сшивающего аппарата. Соблюдение этих условий позволяет получить необходимую информацию для решения вопроса о дальнейшем лечении больного в специализированном онкологическом учреждении. В любом случае таких больных необходимо направлять в соответствующие клиники, располагающие возможностями для проведения уточняющей диагностики, хирургического или комбинированного лечения.

18.3. ОШИБКИ НА ЭТАПЕ УТОЧНЯЮЩЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ПЛАНИРОВАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ

После установления первичного диагноза на поликлиническом уровне или выполнения пробной лапаротомии в стационаре по месту жительства больной с забрюшинной неорганной опухолью должен быть направлен в специализированное хирургическое или онкологическое учреждение. Невыполнение этого требования не может быть оправдано никакими обстоятельствами.

В то же время было бы ошибкой начинать проведение уточняющей диагностики в таких учреждениях с выполнения сложных инструментальных исследований. Прежде всего больной должен быть тщательно обследован с помощью общеклинических методов. Следует еще раз убедиться в забрюшинном расположении опухоли, использовать простейшие приемы типа полипозиционной пальпации живота, ректального и влагалищного исследований. Целесообразна консультация гинеколога. Мы наблюдали случаи, когда картину забрюшинной опухоли таза создавали метастатическое поражение внебрюшинных лимфатических узлов при раке предстательной железы или метастазы семиномы в парааортальных лимфатических узлах в отсутствие клинически выраженного первичного очага. Очевидно, что пальцевое исследование прямой кишки и пальпация яичек являются элементарными составляющими осмотра больного с забрюшинной опухолью. Правда, имели место и такие наблюдения, когда эти исследования не давали результата и даже при целенаправленном ультразвуковом исследовании с установленным морфологическим диагнозом не удавалось обнаружить первичный очаг. Тем не менее пренебрегать этими диагностическими методами не следует.

Конечно, и в качестве первого шага необходимо иметь в виду вероятность вторичного характера забрюшинной опухоли, исключить ее метастатическое происхождение. Нарушение

этапности развития злокачественной опухоли может привести к ее клинической манифестации за счет метастатического компонента. При этом у 95% больных первичный очаг локализуется в тех органах, лимфоотток из которых проходит через забрюшинное пространство (яичники, прямая кишка, почки, толстая кишка, желудок, тонкая кишка) [Сергеев С. И. и др., 1976].

Следовательно, грубейшей диагностической ошибкой следует считать неиспользование всех имеющихся возможностей для исключения метастатического характера забрюшинной опухоли. По данным указанных авторов, клинических признаков, позволяющих установить характер поражения забрюшинного пространства, не существует. Применяемые с этой целью рентгеноконтрастные и эндоскопические методы исследования желудочно-кишечного тракта, мочевого пузыря и других органов позволяют одновременно оценить характер их взаимоотношения с опухолью и установить показания к их вероятной резекции.

Как важнейший метод уточняющей диагностики при забрюшинных неорганных опухолях следует рассматривать ангиографию. При этом должны быть выполнены аортография, селективная ангиография в зависимости от локализации опухоли, каваграфия, особенно при локализации опухоли в правых отделах забрюшинного пространства. Уточнение связи опухоли с магистральными сосудами, источников ее кровоснабжения, ангиографической семиотики, характеризующей природу опухоли, позволяет не только определить объем оперативного вмешательства, но и предположить злокачественный или доброкачественный характер опухоли, оценить состояние коллатерального кровотока. В. В. Титов (1982) отмечает, что на основании результатов комплексного обследования, включающего ангиографию и по возможности пункционную биопсию, в 68% наблюдений удавалось установить в достаточной степени обоснованный диагноз злокачественной опухоли и соответствующим образом спланировать комбинированное и хирургическое лечение.

В комплекс методов, применяемых при таком обследовании, по нашему мнению, должна быть включена и лапароскопия. В значительной части случаев она позволяет исключить внутрибрюшинную опухоль, выявить признаки генерализации первичного опухолевого процесса, а при опухолях, исходящих из левого мезентериального синуса и тазового отдела забрюшинного пространства, пролабирующих в брюшную полость, произвести пункционную биопсию.

Во всех случаях после уточнения расположения петель кишечника по отношению к опухоли и проведения ангиографии следует выполнять пункционную биопсию. Последнее обстоятельство гарантирует от пункции аневризмы аорты. Наилучшим вариантом является пункция под визуальным контролем

во время лапароскопии или под контролем ультразвукового анализатора.

Планирование лечения невозможно без детального исследования функции почек. Если нельзя выполнить ангиографию с получением фазы контрастирования почек и мочеточников, необходимо провести радиоизотопную ренографию и сканирование почек. В. Л. Черкес и соавт. (1976) подчеркивают большое значение исследования не только экскреторной, но и концентрационной функции почек. Авторы располагают наблюдением, когда при сохранной экскреторной функции и гипоизостенурии на фоне поликистоза почек нефрэктомия, сопровождавшая удаление забрюшинной опухоли, привела к почечной недостаточности и летальному исходу.

Таким образом, наилучшей гарантией от ошибок является полноценное обследование больного, позволяющее не только установить правильный диагноз, но и получить предварительные данные о резектабельности опухоли. В связи с этим трудно переоценить роль ангиографии, однако не следует придавать данным ангиографии о прорастании крупных сосудов решающего значения. Окончательно этот вопрос необходимо решать в ходе операции. Опыт показывает, что ангиографическая семиотика в этом плане не очень точна, в частности в отношении крупных артерий и аорты.

Частой причиной ошибок и необоснованного выполнения оперативных вмешательств с диагнозом «забрюшинная опухоль» являются различные специфические и неспецифические процессы (туберкулезное поражение лимфатических узлов, туберкулезные натечники, воспалительные процессы, паразитарные кисты, гематомы, идиопатический фиброз). Определенным подспорьем в дифференциальной диагностике могут служить тщательно собранный анамнез, результаты общеклинических и лабораторных исследований. Необходимо отдавать себе отчет о возможности стертого течения воспалительных процессов, не поддающихся клинической и лабораторной дифференциальной диагностике.

Комплексное обследование позволяет в большинстве случаев уточнить характер процесса, но возможности его не безграничны, так что диагностические ошибки в некоторых случаях неизбежны. Весь вопрос в том, сделано ли все возможное для их предотвращения с помощью соответствующих методов исследования?

В заключение этого раздела считаем необходимым подчеркнуть важный, с нашей точки зрения, организационный момент, обеспечивающий преемственность в диагностике и лечении этой категории больных. Если после выполнения пробной лапаротомии больного с забрюшинной неорганной опухолью направляют в специализированное лечебное учреждение, то вместе с ним должна быть направлена подробная информация об операции, блок биопсированной ткани и гисто-

логические препараты, результаты проведенных исследований. Получение такой информации позволяет сэкономить время, составить рациональный план дообследования, оценить операбельность, сформулировать комбинированный план лечения, что в совокупности способствует повышению резектабельности и улучшению отдаленных результатов.

18.4. ОШИБКИ В ЛЕЧЕНИИ

Ошибки при хирургическом лечении. Важнейшей особенностью хирургического лечения забрюшинных неорганных опухолей является нестандартность действий практически во всех случаях. Необходимость дифференцированного подхода возникает уже при выборе операционного доступа к различным отделам забрюшинного пространства. В процессе выполнения самого вмешательства хирург должен быть готов к различным поворотам событий: комбинированным операциям, массивной кровопотере, сосудистому шву или пластике и т. д.

Рискуя показаться однообразными вновь повторим тезис о целесообразности лечения таких больных исходно в специализированных стационарах, обеспеченных трансфузиологической, высококвалифицированной анестезиологической и реанимационной службами. Дело не в том, чтобы искусственно ограничить возможности общих хирургов, а в необходимости осознать чрезвычайную сложность этих нестандартных вмешательств, готовности к интраоперационной уточняющей морфологической диагностике. Хирург, берущий на себя смелость произвести удаление забрюшинной опухоли, должен не только овладеть навыками сосудистой хирургии, но и быть подготовлен к выполнению резекции мочевого пузыря, неоимплантации мочеточника, нефрэктомии и ряда других вмешательств. В большинстве случаев именно неподготовленность к выполнению комбинированной операции является истиной причиной эксплоративных лапаротомий в стационарах по месту жительства. Это свидетельствует об определенной легкомысленности некоторых практических хирургов. В качестве подтверждения можем указать на то, что, по нашим данным, в 68% случаев после выполнения пробных лапаротомий впоследствии удается выполнить радикальную или условно радикальную операцию.

От изложения общих положений перейдем к разбору некоторых частных ошибок. По-видимому, сейчас мало кого нужно убеждать в необходимости выполнения таких травматичных и сложных вмешательств, каковыми являются операции при забрюшинных неорганных опухолях, под эндотрахеальным, комбинированным наркозом с управляемым дыханием и применением миорелаксантов. Учитывая высокую вероятность массивной кровопотери, нельзя полагаться на достаточность катетеризации только периферической вены. Целесообразно

сразу же катетеризировать одну из центральных вен. Не следует избегать и катетеризации мочевого пузыря. Эти, казалось бы, обиходные моменты часто оказываются полезными в экстремальной ситуации, но столь же часто не выполняются заранее, что привносит суету в течение операции и рассосредоточивает внимание ее участников. Начиная операцию, следует позаботиться о запасе цельной крови, кровезаменителей, плазмы в объеме нескольких литров. Анестезиолог должен иметь возможность самостоятельно или с помощью трансфузиолога экстренно провести оценку состояния свертывающей системы крови и соответствующую коррекцию.

При всей важности анестезиологического обеспечения основную роль все же играет хирург. Одним из залогов успешного выполнения оперативного вмешательства является правильный выбор операционного доступа. Предложено множество различных доступов к органам забрюшинного пространства, и не следует занимать в этом вопросе однозначную позицию. Характер доступа определяется опытом хирурга и результатами уточняющей диагностики. При всей соблазнительности внебрюшинного подхода его не следует применять, если есть хоть малейшие указания на заинтересованность желудочно-кишечного тракта и мочевого пузыря. Методом выбора в этом случае является чрезбрюшинный доступ, обеспечивающий наиболее широкие возможности для ревизии, решения вопроса о резектабельности опухоли и выполнения комбинированных операций. При расположении опухоли в полости таза в ряде случаев следует применять брюшно-промежностный доступ, при локализации ее на боковой или передней стенке таза наиболее оптимальным является пояснично-подвздошный доступ с рассечением симфиза.

Достаточно трудно решить вопрос о выборе доступа при внеорганных опухолях малого таза. А. М. Никитин и соавт. (1986), располагающие наибольшим опытом выполнения таких вмешательств, предложили рациональные критерии выбора доступа в таких случаях: промежностный доступ — при расположении опухоли в ишиоректальной клетчатке, абдоминальный — при локализации ее в пельвиоректальной клетчатке, комбинированный — при расположении опухоли в обеих областях. При всех условиях правильнее пожертвовать косметической стороной, не выполнять операцию, не имея возможности провести широкую ревизию, поскольку в этом случае существует опасность повреждения жизненно важных структур или нерадикального удаления опухоли. Не вдаваясь в подробности, отметим, что выбор доступа определяется результатами предоперационного обследования и чем тщательнее оно проведено, тем разумнее будет подход и эффективнее операция. Примером серии ошибок служит одно из наших наблюдений, когда при неясной клинической картине не был распознан аппендикулярный инфильтрат, диагностирована забрюшинная не-

органная опухоль; операция начата из пояснично-подвздошного доступа, затем произведена лапаротомия и установлен правильный диагноз.

Существенные отличия имеет также и этап интраоперационной ревизии с оценкой резектабельности. Мы считаем, что после предварительной оценки взаимосвязи опухоли с окружающими структурами во всех случаях следует начинать с биопсии и срочного морфологического исследования. Установление точного гистологического или цитологического диагноза с определением тканевой принадлежности новообразования по криостатным срезам возможно далеко не всегда. Таковы объективные пределы метода. Однако ориентировочный диагноз с определением характера опухоли (злокачественная или доброкачественная) является ценным подспорьем при принятии решения.

Установление характера опухолевого процесса имеет прямое отношение и к решению следующего важнейшего вопроса: являются ли большие размеры и кажущаяся фиксированность опухоли, интимная связь ее с желудочно-кишечным трактом, мочевым пузырем, мочеточниками, почкой и крупными сосудами (за исключением брыжеечных) свидетельством нерезектабельности опухоли? Большинство авторов отвечают на этот вопрос отрицательно. Следует четко представлять себе, что ревизия может продолжаться практически на протяжении всей мобилизации опухоли и вопрос, «...удалима ли последняя, выясняется порой лишь к концу операции» [Кныш И. Т., Кононенко Н. Г., 1981]. В том случае, если отсутствуют признаки инфильтративного роста и новообразование имеет капсулу, разумно, и это не следует считать ошибкой, предпринять интракапсулярное выделение опухоли. Этот прием зачастую позволяет избежать повреждения крупных сосудов.

В принципе пробная мобилизация опухоли является самым тяжелым этапом вмешательства, сопровождающимся наибольшим количеством ошибок и неоправданных действий. Во-первых, уже в начале мобилизации может возникнуть обильное кровотечение из расширенных и новообразованных сосудов. Однако это обстоятельство не должно служить препятствием к продолжению вмешательства. По данным большинства исследователей, кровопотеря почти всегда превышает 1,5 л, поэтому ориентируясь на результаты ангиографии, целесообразно сразу же, как только это становится технически выполнимым, взять на турникеты крупные сосуды. Во-вторых, сам факт интимной связи с аортой, магистральными артериями, нижней полой веной не является препятствием к удалению опухоли. Опыт убеждает в том, что, как правило, забрюшинные неорганные опухоли не прорастают аорту, а лишь сдавливают ее в отличие от нижней полой вены. Если последняя может быть перевязана ниже почечных вен или даже одной из них, то процесс следует рассматривать как резекта-

бельный при условии, что в этом состоит единственное препятствие. Аналогичные соображения высказывали и другие авторы [Черкес В. Л. и др., 1976; Даниель-Бек К. В., Шафир И. И., 1976; Кныш И. Т., Кононенко Н. Г., 1981]. В качестве иллюстрации приводим следующее наблюдение.

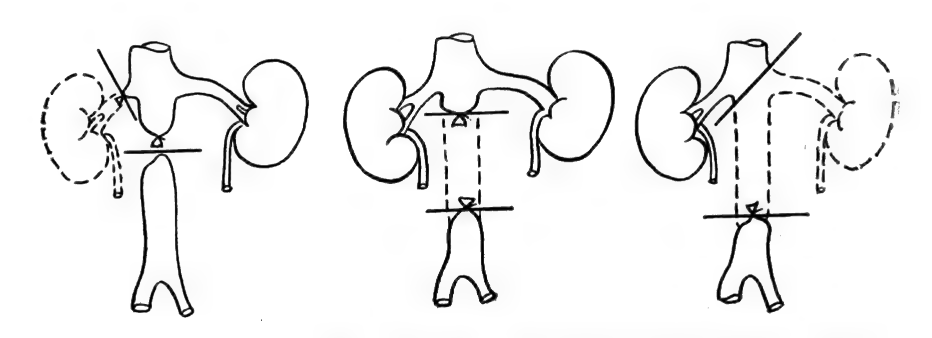
Больная Э., 35 лет, поступила в МНИОИ им. П. А. Герцена 5.01.84 г. В ноябре 1983 г. в стационаре по месту жительства ей была произведена эксплоративная лапаротомия по поводу забрюшинной опухоли. По данным ревизии, опухоль занимала правую половину забрюшинного пространства, была связана с нижней полой веной и аортой. Признана нерезектабельной. Биопсия не производилась. По данным ангиографии, проведенной в институте, признаков связи опухоли с аортой не выявлено. 12.01.84 г. опухоль удалена, произведена нефрэктомия справа и резекция нижней полой вены на протяжении 6 см. Гистологическое исследование: эмбриональная липосаркома (рис. 18.1—18.3).

При удалении опухолей малого таза может оказаться полезным предварительное лигирование внутренних подвздошных артерий. В условиях длительного сдавления общей подвздошной или наружной подвздошной артерии с развитием коллатерального кровотока не представляют опасности также перевязка и пересечение этих сосудов.

Иногда источником кровотечения могут быть и некрупные сосуды. Например, при тазовой локализации опухоли трудно контролируемыми являются такие источники, как крестцовое венозное и влагалищное сплетение. Помимо временного тугого тампонирования салфетками, смоченными горячим изотоническим раствором хлорида натрия, достаточно эффективными средствами при диффузном кровотечении из ложа опухоли оказывается нанесение клея МК-7 [Чиссов В. И., Русаков И. Г., 1981], использование металлических «кнопок» для остановки кровотечения из крестцовых вен [Амелина О. П. и др., 1988].

С целью уменьшения опасности массивной кровопотери целесообразно до операции детально изучить артерио- и венографические данные, составить план временного пережатия магистральных сосудов, определить допустимость их перевязки. Все это избавит от лихорадочного поиска выхода из этой ситуации во время операции и принятия поспешных ошибочных решений.

В-третьих, прежде чем приступить к удалению опухоли, следует определить расположение и состояние мочеточника, проследив его ход по возможности на всем протяжении до мочевого пузыря. Эта задача не составляет особого труда, если до операции удалось изучить функцию и расположение почек, обнаружить смещение мочеточников, положение мочевого пузыря и вид его деформации. Все это избавляет от ненужных колебаний в процессе выполнения вмешательства. Желание сохранить почку вполне естественно, но не следует делать слишком настойчивые и длительные попытки отделить ее от опухоли, тем более в ущерб радикализму, если злокачественная



18.3. Варианты резекции нижней полой вены (схема).

природа неопластического процесса морфологически доказана. При уверенности в сохранности функции противоположной почки должна быть выполнена нефрэктомия. Существенную опасность представляет незамеченное пересечение мочеточников. Опасность такого исхода велика при выделении вслепую задней поверхности опухоли. Если в процессе мобилизации опухоли проследить ход мочеточников не удалось, то это обязательно следует сделать после ее удаления перед завершением операции.

Наконец, в-четвертых, связь опухоли с тонкой кишкой или частью толстой кишки также не может служить противопоказанием к резекции. Вообще при забрюшинных неорганных опухолях комбинированные операции выполняют в 17,9—40% случаев [Даниель-Бек К. В., Шафир И. И., 1976; Довгалюк А. З., Столяров В. И., 1984; Клименков А. А. и др. 1986; Pack G., Tabah E., 1953]. Важно также то, что комбинированные операции выполняют одинаково часто при злокачественных и доброкачественных опухолях. При этом несомненной тактической ошибкой является расширение объема операции при злокачественных опухолях, локализующихся в верхнем отделе забрюшинного пространства. При этом степень риска несопоставима с перспективой излечения больного.

В практическом плане сложным является и вопрос о целесообразности выполнения паллиативных операций. К. В. Даниель-Бек и И. И. Шафир (1976) полагают, что эти вмешательства производить не следует, поскольку существует опасность развития тяжелых осложнений и летальных исходов, частота которых почти в 2 раза выше, чем после радикальных вмешательств. Эти авторы считают показанными паллиативные вмешательства лишь при явлениях кишечной непроходимости, компрессии мочевыводящих путей, кровотечении из опухоли. Однако, как они сами справедливо подчеркивают, $^2/_3$ паллиативных вмешательств являются следствием пробной мобилизации опухоли. Как уже отмечалось выше, даже с помощью лапаротомии не всегда удается точно оценить резектабельность,

поэтому во избежание быстрого возобновления и ускорения опухолевого роста после паллиативных вмешательств, «кускования» злокачественной опухоли операцию всегда следует начинать с установления морфологического диагноза. Даже если операцию заканчивают пробной лапаротомией, при установленном морфологическом диагнозе у больного сохраняются какие-то шансы на паллиативное лучевое лечение или химиотерапию.

Ошибки при проведении лучевого лечения и химиотерапии. В связи с невысокой заболеваемостью и многообразием гистологических форм забрюшинных неорганных опухолей до настоящего времени четко не сформулированы показания к проведению лучевого лечения и химиотерапии в качестве самостоятельного метода или в плане комбинированного лечения. Как следствие этого на практике и не предпринимаются попытки провести комбинированное лечение, часто даже в онкологических диспансерах. Между тем при злокачественных неорганных опухолях такую тактику следует считать ошибочной. По данным В. Б. Титова (1982), применение предоперационной лучевой терапии при липоангиолейомио- и ретикулосаркомах повышает резектабельность с 59,8 до 73,6%, а 5-летнюю выживаемость — с 48,6 до 53,1%. При использовании послеоперационной лучевой терапии выживаемость повышается до 57,6%.

Известно, что степень радиочувствительности опухолей одной и той же гистологической формы может быть различной и при наличии определенной групповой общности часто имеет индивидуальный характер. В большей мере ожидать эффекта от лучевой терапии можно при анаплазированных новообразованиях дизэмбриогенетической и нейрогенной природы. Увеличение продолжительности периода ремиссии было отмечено, например, при такой ранее считавшейся радиорезистентной опухоли, как липосаркома [Столяров В. И., Довгалюк А. З., 1987]. Из-за вариабельной радиочувствительности забрюшинных неорганных сарком может быстро произойти резорбция опухоли и возникнуть рецидив или даже наблюдаться явная прогрессия опухоли на фоне облучения. Тем не менее в настоящее время не существует методов прогнозирования чувствительности опухоли к лучевой терапии, пригодных для рутинного клинического использования, а лучевая терапия является одним из немногих средств дополнительного повреждения или паллиативного лечения злокачественных опухолей этой локализации, позволяющих рассчитывать на более длительную ремиссию. Очевидной ошибкой является также отказ от химиолучевого лечения при забрюшинных лимфомах.

Таким образом, ни в одном случае хирург не имеет права брать на себя единоличную ответственность в решении вопроса о плане лечения больного со злокачественной забрюшинной опухолью. Обоснование такого плана лечения требует обяза-

тельного морфологического диагноза и участия наряду с хирургом-онкологом радиолога и химиотерапевта.

Ошибки в процессе наблюдения. Особенностью забрюшинных неорганных опухолей является склонность давать местные рецидивы, частота которых, по данным, достигает 50—70%. Они чаще возникают в первые 2 года после удаления первичной опухоли. При «пограничных» гистологических формах и доброкачественных вариантах этот интервал увеличивается до 3—5 лет. В значительной степени частота рецидивирования определяется гистологической формой опухоли. Перед практическим врачом в процессе наблюдения за больным стоят две задачи: своевременно диагностировать рецидив и выбрать правильную лечебную тактику при его выявлении [Даниель-Бек К. В., Шафир И. И., 1976].

Наиболее распространенным заблуждением является мнение о том, что рецидив забрюшинной неорганной опухоли свидетельствует о плохом прогнозе и нерезектабельности. С таким мнением нельзя согласиться. Опухоли этой локализации чаще обладают местно-деструирующим ростом, но редко метастазируют. Частой особенностью этих опухолей является мультицентричный рост. Сам факт возникновения рецидивной опухоли не исключает возможности повторного хирургического удаления [Черкес В. Л. и др., 1976; Довгалюк А. З., Столяров В. И., 1984].

Кроме того, вызывает сомнения и представление о большей злокачественности и об озлокачествлении доброкачественных опухолей при возникновении рецидивной опухоли [Шанин А. П., 1962; Черкес В. Л. и др., 1976]. По данным К. В. Даниель-Бека и И. И. Шафира (1976) и собственным наблюдениям, даже при многократных рецидивах гистологическая картина опухоли меняется незначительно. Во всяком случае, основываясь только на факте возникновения рецидива, решать вопрос о резектабельности опухоли недопустимо. Хотя иногда, действительно, с учетом предшествующих данных есть основания сомневаться в возможности удалить опухоль. Например, при раннем возникновении рецидива злокачественной опухоли, изначально локализовавшейся в верхнем отделе забрюшинного пространства, шансы на успех операции уменьшаются. Однако в таких ситуациях нужно взвесить все возможности, оценить целесообразность паллиативного удаления опухоли, вплоть до так называемого кускования [Черкес В. Л. и др., 1976; Pack G., Tabah E., 1953; Armstrong J., Cohn I., 1965]. Дело в том, что причиной смерти больных с забрюшинными опухолями является не столько сама опухоль, сколько местные осложнения, вызываемые растущей и распадающейся опухолью. Активная тактика по отношению к рецидивной опухоли позволяет улучшить качество жизни больных и улучшить отдаленные результаты почти в 3 раза [Довгалюк А. З., Столяров В. И., 1984]. При доброкачественных опухолях по-

вторные операции возможны почти во всех случаях. Реже они оказываются выполнимыми при рецидивах злокачественных новообразований. В последнем случае повторные операции показаны при развитии явлений кишечной непроходимости и других симптомах, требующих хирургического лечения по жизненным показаниям.

Таким образом, больные с забрюшинными неорганными опухолями, как и любая другая категория онкологических больных, нуждаются в постоянном наблюдении онколога. Динамическое наблюдение может осуществляться с использованием только клинических методов или доступных неинвазивных методов инструментального исследования (ультразвуковое исследование живота и таза, рентгенологическое исследование). При выявлении рецидива опухоли следует предпринять все возможное для радикального удаления опухоли или по крайней мере устранения основных осложнений, вызываемых ею. Любой другой подход следует считать в принципе неправильным.

ГЛАВА 19

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

19.1. ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Рак шейки матки — заболевание, излечение и предупреждение которого полностью зависит от внедрения существующих методов первичного выявления и уточняющей диагностики в повседневную практику здравоохранения. Система охраны здоровья женщины в нашей стране предусматривает их многократное обследование, включающее осмотр женщин в женской консультации, различные виды профилактических осмотров организованного контингента по месту работы или учебы, общего контингента — в смотровом кабинете при посещении любого специалиста в поликлинике, осмотр гинекологом больных, находящихся в стационарах различных типов, при оформлении справок, санаторно-курортных карт и т. п. Однако, несмотря на существование этой, казалось бы, эффективной системы отбора, в целом по стране остается значительным число больных раком шейки матки III—IV стадии. Так, по РСФСР в 1986 г. эти больные составили 7,7% от впервые выявленных,

причем этот показатель колебался от 3,3% в Коми АССР до 28,9% в Тувинской АССР.

Следует отметить, что ошибки в диагностике рака шейки матки в подавляющем большинстве случаев имеют субъективный характер. На этапе активного выявления больных это, во-первых, ошибки, связанные с нарушением одного из главных условий профилактических осмотров: при гинекологическом исследовании не берут мазки с шейки матки для цитологического исследования, а осуществляют лишь осмотр шейки матки в зеркалах. Это недопустимо, поскольку у половины больных с предраковыми заболеваниями и начальными формами рака шейки матки визуальных изменений влагалищной части шейки матки нет. Во-вторых, ошибки могут быть связаны с отсутствием преемственности между врачом-гинекологом, проводившим профосмотр, и цитологом. В частности, последний не информирует гинеколога о нерепрезентативных мазках. Считается, что женщина прошла профосмотр, если у нее был взят мазок, в действительности же у $^1/_3$ женщин мазки непригодны для цитологической оценки состояния плоского эпителия. В то же время четко налаженная обратная связь между диагностической цитологической службой и участковыми гинекологами позволила бы избежать такого положения, когда часть женского населения остается фактически не обследованной.

На этапе установления первичного диагноза рака шейки матки причинами ошибок гинекологов общей лечебной сети является отсутствие должной онкологической настороженности. Это связано, во-первых, с тем, что у них преобладает стремление объяснить имеющиеся симптомы проявлением наиболее часто встречающихся гинекологических заболеваний. Во-вторых, при ранних формах рака шейки матки отсутствуют выраженные клинические симптомы, а имеющиеся проявления болезни могут быть не замечены врачом, тем более если сама женщина не фиксирует на них внимание. В-третьих, при обследовании женщин не используют в полном объеме, а если и применяют, то недостаточно квалифицированно, стандартные и общедоступные методы исследования. Между тем комплексное использование кольпо- и цервикоскопии, цитологического исследования мазков с экто- и эндоцервикса и гистологического изучения соскоба со слизистой оболочки канала шейки матки и биоптата шейки матки позволяет с высокой степенью достоверности установить рак шейки матки даже на самых ранних этапах его формирования: CIN→carcinoma in situ→→Ia стадия.

Однако, несмотря на визуальную локализацию рака, общедоступность и простоту методик исследования шейки матки, а также высокую вероятность многократного прохождения женщины через систему гинекологических осмотров, реальные результаты диагностики ранних форм рака шейки

матки не оправдывают ожидания. Стандартизованный показатель заболеваемости в 1985 и 1986 гг. составлял 13,9, при этом 16% больных умерли в течение 1-го года от момента установления диагноза, что свидетельствует о преобладании у них III—IV стадии заболевания.

Остановимся на анализе субъективных ошибок, которые могут возникнуть на этапе диагностики рака шейки матки. Любое гинекологическое исследование предполагает осмотр шейки матки в зеркалах. Особенность клинической картины раннего рака шейки матки заключается в отсутствии специфических визуально и пальпаторно выявляемых изменений. У 57,7% больных ранние формы рака шейки матки протекают клинически бессимптомно. Начальные этапы опухолевой трансформации не имеют специфической макроскопической картины и дифференцировать ее от других заболеваний при осмотре невооруженным глазом невозможно. Это определяет основное положение современной диагностической доктрины раннего распознавания рака шейки матки — широкое использование комплексного инструментального обследования не в качестве дополнительного метода, а первично необходимого для исключения или установления злокачественного процесса. В связи с этим совершенно ясна бесполезность профилактических осмотров без цитологического исследования мазков с шейки матки. Проведением таких осмотров объясняется несоответствие между большим числом осмотренных женщин и низкой (до 0,016 по РСФСР) выявленностью рака шейки матки при сохраняющейся высокой заболеваемости.

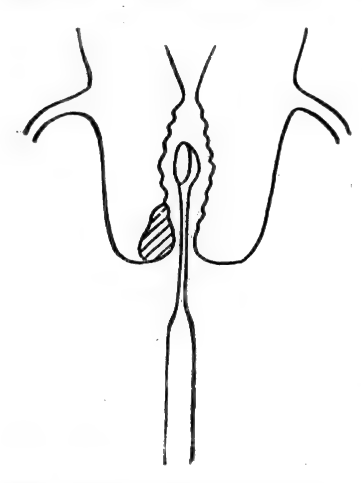
Эндоскопический метод позволяет с высокой точностью установить локализацию, размеры очага и характер изменений шейки матки. У 87,5% больных с дисплазией при кольпоскопии выявляют картину атипического эпителия. При внутриэпителиальном раке этот показатель составляет 90,6%, при микроинвазивной опухоли — 93,2%. С увеличением степени анаплазии клеток повышается частота выявления кольпоскопической картины высокоатипического эпителия — от 40,9% при carcinoma in situ до 50,3% при микроинвазии [Василевская Л. Н. и др., 1987]. Однако при кольпоскопии не всегда возможен осмотр переходной зоны плоского и цилиндрического эпителия, располагающейся в нижней трети канала шейки матки и являющейся наиболее частой локализацией патологического очага. Следует подчеркнуть, что наиболее высока информативность кольпоскопии при обследовании женщин молодого возраста, особенно до 35 лет, а затем она постепенно снижается, особенно значительно у женщин старше 56 лет, что связано с анатомическими особенностями расположения переходной зоны шейки матки. В таких случаях цервикоскопия и микрокольпогистероскопия позволяют исследовать переходную зону и канал шейки матки, недоступные для осмотра при простой кольпоскопии. Особое значение

приобретают морфологические методы исследования материала из канала шейки матки [Lambert B. et al., 1985].

Цитологический метод исследования включает в себя обязательное изучение мазков с влагалищной части и канала шейки матки. Достоверность цитологического метода в диагностике рака шейки матки независимо от стадии заболевания составляет 89,7—96,3% [Агамова К. А., Гладунова З. Д., 1982]. При микроинвазивном раке этот показатель составляет 60—80,2% [Винокур М. Л. 1983; Ngugen J., 1984].

Локализация опухоли в экто- и эндоцервиксе наблюдается у 54,4% больных, в связи с чем требуется обязательно получить материал для цитологического исследования из канала шейки матки, при этом в случае отсутствия цилиндрических клеток в мазках оно будет неполноценным [Geibbs U., Lotzew, 1982; Fetherston W. C., 1983]. У 19,8% больных клеточный состав цитограмм не отражает наличие злокачественного процесса. Это можно объяснить небольшими размерами очагов поражения, локализацией опухоли в канале шейки матки, а также тем, что анаплазированные клетки глубоколежащих слоев могут не попасть в мазок. Однако ложноотрицательные результаты могут быть также следствием неправильного забора материала (62%), ошибок скрининга, когда злокачественные клетки просто не были найдены (16%), и ошибок, допущенных при интерпретации клеток с признаками злокачественности (22%) [Douglas G., Leigh D., 1985].

Результаты проверок работы диагностической службы женских консультаций и смотровых кабинетов ряда регионов РСФСР показали, что при взятии мазков допускают серьезные ошибки. В частности, забор материала с шейки матки проводят ватой, губкой и т. п., вследствие чего очень часто получаются некачественные мазки — в 6% случаев по сравнению с 3% при заборе материала шпателем Эйера. Частота ложноотрицательных цитологических заключений при этом составляет соответственно 32 и 18%.



19.1. Взятие мазков из канала шейки матки.

Ошибкой является попытка судить о морфологической характеристике состояния шейки матки по мазкам, взятым из заднего свода влагалища. Нередко встречающаяся ошибка — неправильное взятие мазков из канала шейки матки. Длина инструмента, с помощью которого это необходимо делать, должна быть не менее 2—2,5 см, т. е. «перекрывать» переходную зону в канале (рис. 19.1).

Ложноотрицательные заключения при изучении микроскопических картин могут быть, наконец, следствием ошибочной трактовки цитограмм врачом-цитологом. Так, например, картина низкодифференцированного плоскоклеточного рака может быть ошибочно принята за цитограмму базальноклеточной гиперактивности, высокодифференцированная аденокарцинома — за гиперплазию цилиндрического эпителия, светлоклеточный рак — за реактивно-гиперпластические изменения в промежуточном и парабазальном слоях эпителия.

Особый интерес в этом отношении представляют работы итальянских ученых, позволяющие объяснить высокую частоту ложноотрицательных результатов цитологических исследований при ранних формах рака [Lorido C. et al., 1986]. В них было показано, что большая часть раковых клеток развивается из «зон реэпителизации», преимущественно на чешуйчатом гликогенсодержащем эпителии. При кольпоскопии такие йодпозитивные участки могут быть ошибочно расценены как негативные в плане риска возникновения рака, и забор материала будет произведен из другого отдела шейки. Таким образом, несоблюдение правил забора материала для цитологического исследования обусловливает низкую выявляемость предопухолевых заболеваний и ранних форм рака шейки матки. Так, по данным одной централизованной лаборатории областного диспансера, около 30% мазков с шейки матки, взятых на профосмотрах, были неинформативными — содержали слизь и бесструктурные массы, 25% идентифицированы как «цитограммы воспаления» и только 45% несли определенную информацию, однако чаще всего свидетельствовавшую о клеточном составе лишь поверхностного эпителия. Вследствие общий результат выявления опухолевой патологии шейки матки оказался крайне низким и составил всего 0,01%. Примером типичной ошибки при профосмотре может служить следующее наблюдение.

Больная К., 30 лет, поступила в радиогинекологическое отделение МНИОИ им. П. А. Герцена в 1987 г. в связи с обильным маточным кровотечением. Из анамнеза: половая жизнь с 19 лет, родов двое, последние роды 3 мес назад. Регулярно, каждые 3 мес, осматривалась гинекологом, но цитологическое исследование мазков с шейки матки при этом не проводилось. В июне 1987 г. были нормальные срочные роды. Со слов больной, шейку матки в зеркалах после родов врач осматривал. Через 2 мес после родов начались обильные кровотечения из половых путей, в связи с чем больная была госпитализирована в районную больницу, где выявлен рак шейки матки III стадии (влагалищно-параметральный вариант). При осмотре в зеркалах: шейка матки занята кровоточащей опухолью, инфильтрация переднего влагалищного свода. При ректовагинальном осмотре выявлено, что надвлагалищная часть шейки матки плотная, резко увеличена, тело матки не увеличено, придатки без особенностей. В параметриях инфильтраты, доходящие до стенок таза. Выработан план сочетанно-лучевой терапии.

Представленная история болезни подтверждает тот факт, что даже регулярные профосмотры, но без цитологического

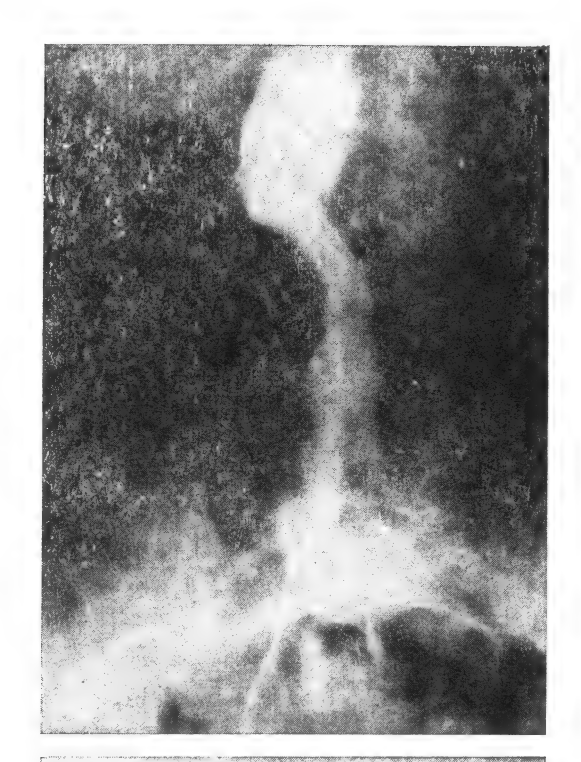
исследования мазков неинформативны и могут привести к диагностическим ошибкам.

Гистологический метод наиболее информативен в установлении злокачественного процесса в шейке матки. Эффективность прицельно взятой биопсии составляет 91,6%.

До настоящего времени ведутся споры о методике получения материала для гистологического исследования. В связи с особенностями морфологической характеристики ранних форм рака шейки матки необходимо получить кусочек, в котором есть эпителий с подлежащей тканью. Осуществить это можно лишь с помощью прицельной биопсии, выполненной скальпелем под контролем кольпоскопа на границе пораженного и неизмененного эпителия. Это обусловлено тем, что определить глубину опухолевого поражения можно лишь на фоне неизмененных тканей. Применение такого способа биопсии облегчает гистологическую интерпретацию пограничных состояний и начальной степени инвазии, так как при этом минимальна травматизация ткани. До последнего времени очень частой ошибкой гинекологов является производство биопсии конхотомом. Полученный таким образом кусочек ткани, как правило, очень небольших размеров и сильно деформирован, что затрудняет гистологическую оценку патологического процесса. Развивающаяся же после такого вмешательства воспалительная реакция окружающих тканей снижает информативность повторной, уже технически правильно выполненной биопсии.

Таким образом, адекватным методом получения материала для гистологического исследования следует считать ножевую биопсию, проведенную под контролем кольпоскопического исследования. В тех же случаях, когда и с ее помощью не удается определить характер и объем поражения, следует производить конизацию шейки матки. Оптимальным методом в данном случае является не электроконизация, при которой происходят деформация ткани и слущивание эпителия, а ножевая конизация, позволяющая удалить всю влагалищную порцию шейки матки и большую часть ее канала.

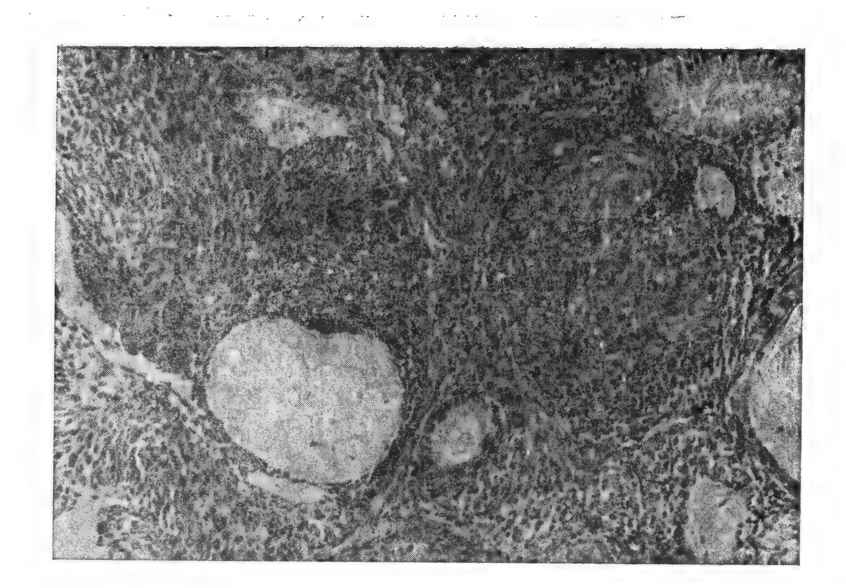
По мнению же ряда авторов, диагноз микроинвазивного рака может быть установлен только после изучения серийных срезов конуса шейки матки [Myllynen L., 1985; Rome R., 1985; Ebeling K., 1986, и др.]. Можно согласиться с этим положением, если учесть, что минимальным объемом лечения начальных форм рака шейки матки является удаление шейки. В этом случае при соответствующем гистологическом заключении удаление шейки (конизация, ампутация) рассматривается не только как заключительный этап диагностики, но и как адекватный метод лечебного воздействия. Рассматривая ошибки, характерные для этапа диагностики, следует остановиться на повторных биопсиях, которые иногда требуется произвести в связи со сложностью морфологической диагностики предопухолевых и начальных стадий опухолевых поражений шей-



18.1. Эмбриональная липосаркома: ангиограмма больной З. (нижняя каваграфия).



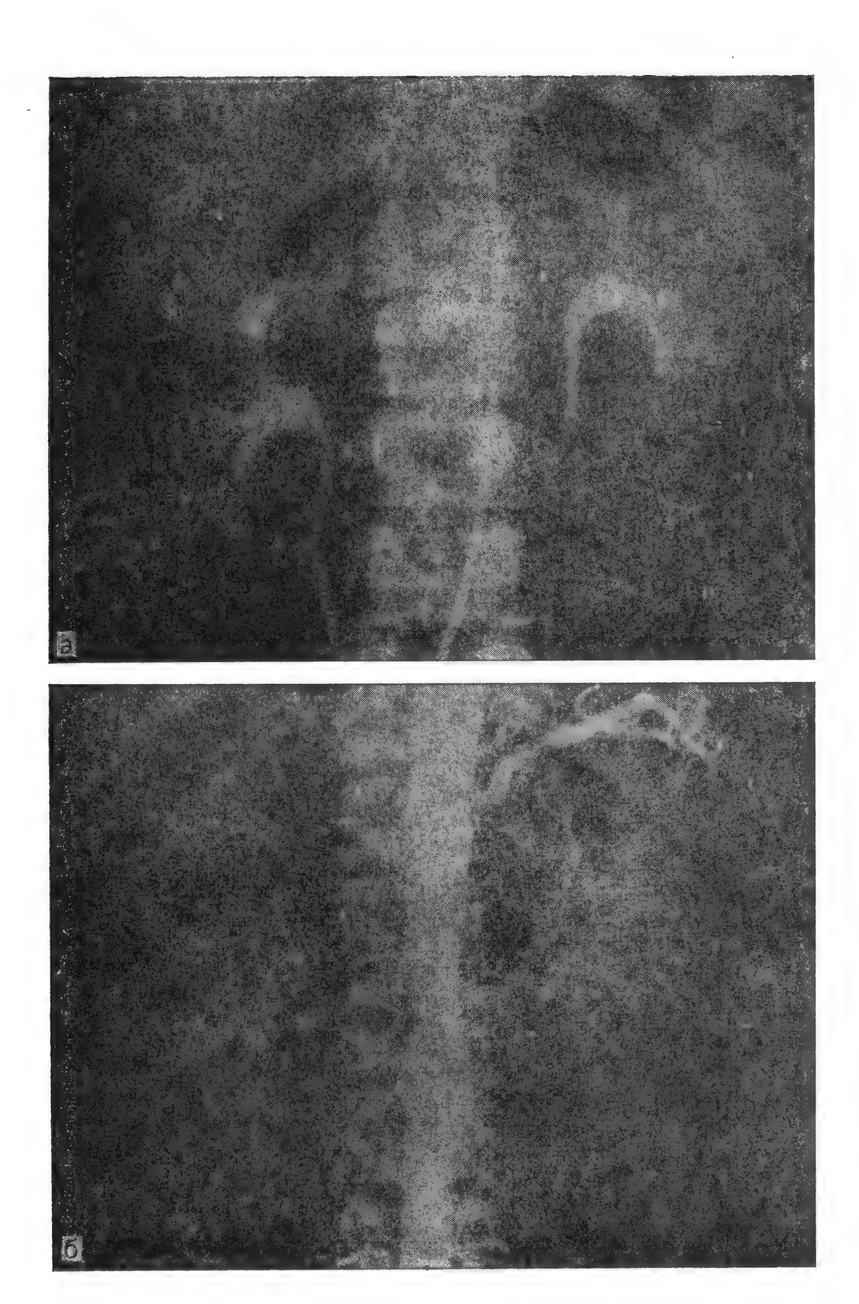
18.2. Макропрепарат эмбриональной липосаркомы той же больной.



19.2. Замещение анаплазированным эпителием выстилки желез при «carcinoma in situ». ×100.

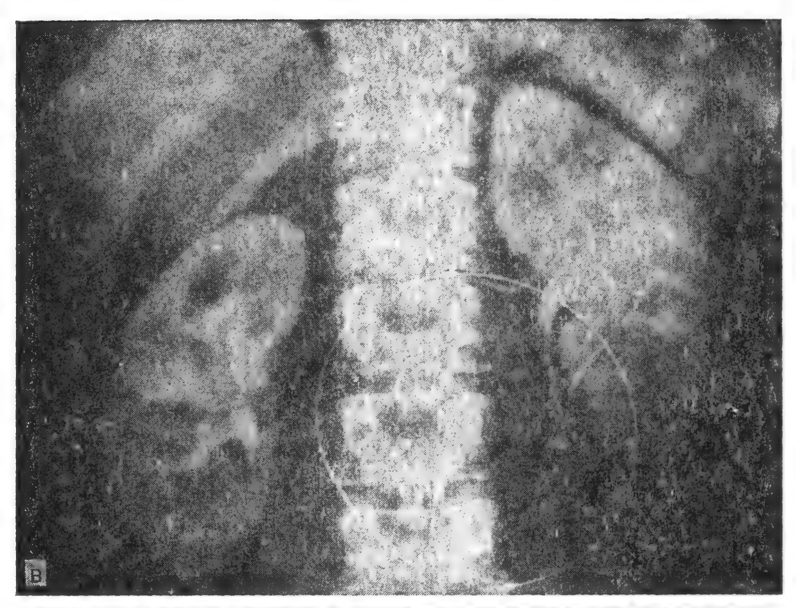


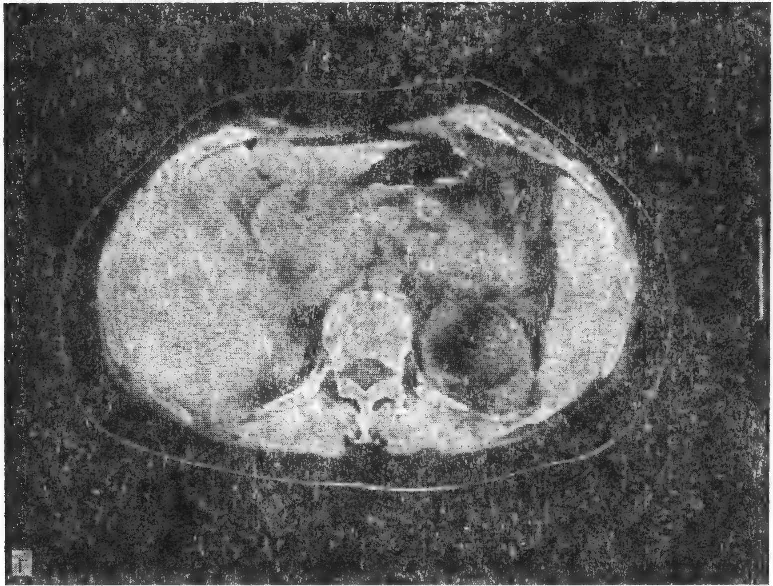
19.3. Разрастания плоскоклеточного рака в строме шейки матки под неизмененным эпителием. ×100.



20.1. Ангиомиолипома почки.

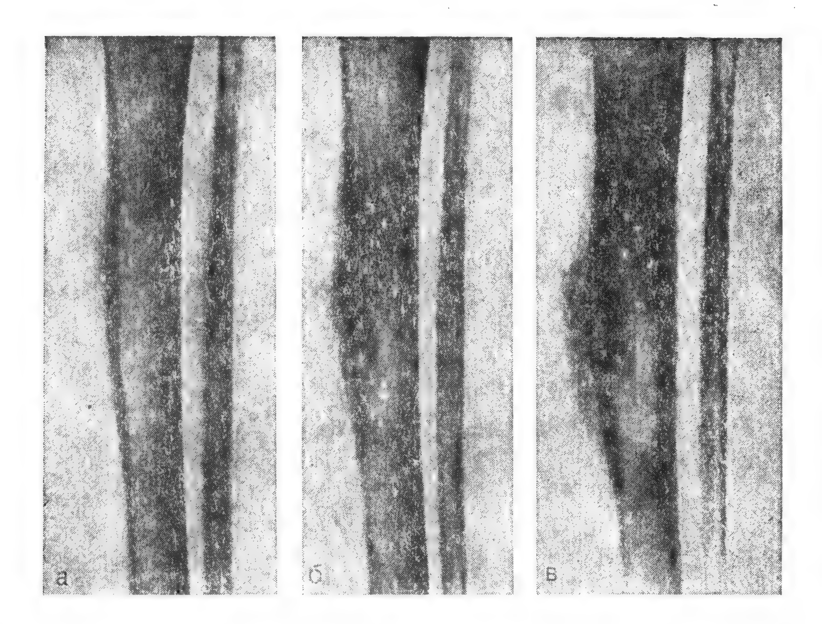
а — экскреторная урограмма: данных, свидетельствующих о наличии опухоли, нет; б — ангиограмма: в верхнем полюсе левой почки аваскулярное объемное образование;





20.1. (Продолжение).

в — ангиограмма (паренхиматозная фаза); г — компьютерная томограмма; в верхнем полюсе левой почки образование жировой плотности с четкими контурами неоднородной структуры размером 3,8×4.9 см.

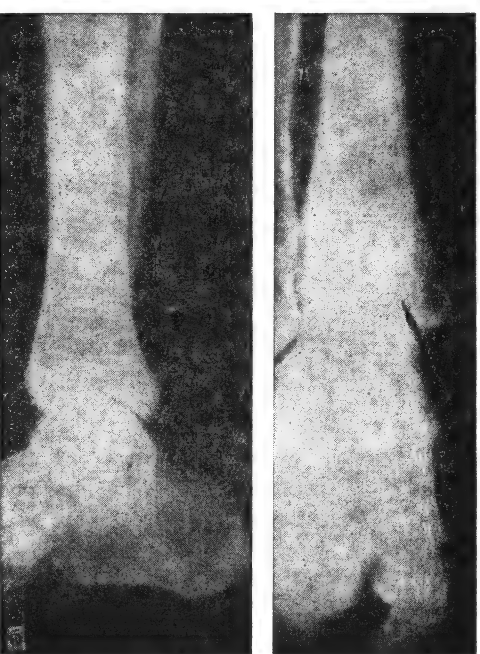


22.1. Саркома Юинга левой большеберцовой кости. Рентгенограммы в прямой проекции (а, б, в).



22.2. Хондросаркома левой лопатки.





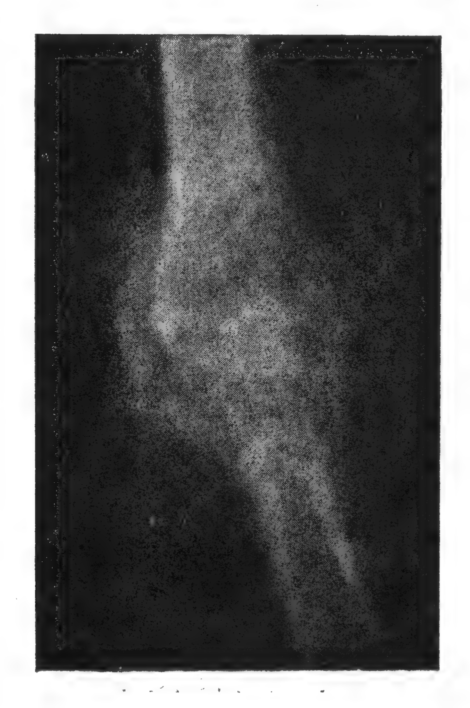
22.3. Саркома Юинга левой большеберцовой кости.

а — рентгенограммы в прямой и боковой проекциях больного П. до лечения; б — после комбинированного лечения;

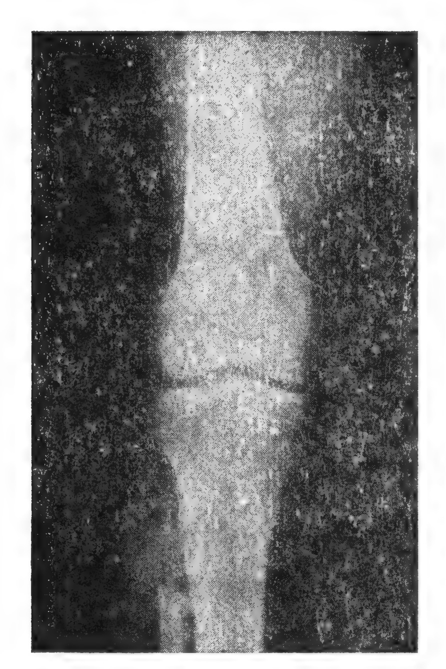


22.3. (Продолжение).

в — рентгенограмма в прямой проекции через 19 лет; вторичная полиморфноклеточная саркома левой большеберцовой кости, патологический перелом.



22.4. Патологический перелом диафиза правой бедренной кости, округлый очаг поражения со вздутием кортикального слоя. Рентгенограмма в косой проекции.





22.5. Рецидив остеогенной саркомы правой малоберцовой кости через 4 мес после резекции кости. Рентгенограмма в прямой проекции.

22.6. Рецидив саркомы Юинга правой большеберцовой кости через 2 мес после краевой резекции кости. Рентгенограмма в боковой проекции.



22.7. Хондросаркома (I степень злокачественности) крыла левой подвздошной кости. Рентгенограмма в прямой проекции.

ки матки. При этом необходимо учесть, что повторную биопсию следует выполнять не ранее чем через 2—3 мес после неудачной первой, в течение которых обычно стихает сопутствующая воспалительная и регенераторная реакция в окружающих тканях.

Необходимо помнить, что каждое последующее диагностическое вмешательство на шейке матки должно быть по объему больше, чем предыдущее. Если на основании результатов гистологического исследования биоптата не удается решить поставленные задачи, то больной следует произвести конизацию (ампутацию) шейки. Она является заключительным этапом диагностики и, возможно, лечебным мероприятием.

Следует обратить внимание на возможные ошибки при трактовке гистологического диагноза. Так, морфологи часто за инфильтративный рост опухоли принимают замещение анаплазированным эпителием выстилки желез при «carcinoma in situ» (рис. 19.2), если новообразованный эпителий полностью заполняет просвет железы. При врастании «carcinoma in situ» в железы сохраняется четкая базальная граница желез, их округлая или овальная форма. Часто при дополнительных срезах в центре такого комплекса можно обнаружить единичные клетки (или группы) цилиндрического эпителия, выстилавшего ранее железу. В некоторых случаях инфильтративный рост может начаться из «carcinoma in situ», выстилающей железу; в таком случае глубину инвазии отсчитывают от базальной мембраны железы, а не от мембраны покровного эпителия.

При исследовании шейки матки обязательным является исследование соскоба со слизистой оболочки ее канала. Недопустимо отказываться от проведения гистологического исследования соскоба из эндоцервикса до выполнения лечебных манипуляций на шейке. В качестве примера диагностической ошибки, связанной с неполным обследованием больной, приводим следующее наблюдение.

Больная С., 58 лет, в 1983 г. находилась в радиологическом отделении МНИОИ им. П. А. Герцена с диагнозом: рак культи шейки матки, Iб стадия (T1bNXM0). В прошлом перенесла надвлагалищную ампутацию матки без придатков. Из анамнеза: родов — двое, медицинских абортов — три. С 1977 г. наблюдалась по поводу миомы матки размером до 7—8 нед беременности. В течение 1982 г. отмечался рост миомы до размеров матки, соответствующих 16—17 нед беременности. Обследована в городской больнице. 24.09.82 г. произведено раздельное диагностическое выскабливание. Соскоб канала шейки матки очень скудный. В связи с наличием подслизистых миоматозных узлов от выскабливания полости матки решено было отказаться. Не получив гистологического заключения по исследованию соскоба из канала шейки матки, 27.09.82 г. больной произвели надвлагалищную ампутацию матки без придатков. При гистологическом исследовании соскоба, полученного уже после операции, выявлен плоскоклеточный рак в канале шейки матки. В удаленной матке — миома и эндометриоз. Больная переведена для лечения в институт, где был выработан план сочетанно-лучевой терапии.

Данное наблюдение свидетельствует о том, что в процессе обследования была допущена ошибка: без гистологической верификации соскоба из канала шейки матки больной произведена полостная операция в неадекватном объеме. Если бы врач дождался результата гистологического исследования соскоба, то был бы правильно установлен диагноз рака шейки матки и сразу проведено комбинированное лечение.

Очевидны сложность и ответственность диагностического этапа при выявлении ранних стадий опухолевого процесса, при которых проводят лечение в ограниченном объеме. Недооценка степени распространения процесса в таких случаях влечет за собой неадекватное лечение, вследствие чего существует угроза жизни больной. В связи с этим в сомнительных случаях всегда рекомендуется совместное обсуждение результатов проведенного обследования с участием клинициста, гистолога и цитолога. При таком обсуждении частота ошибок в цитологической диагностике не превышает 5—11%, а в гистологической, даже при микроинвазивном раке — 2—5% [Hillemanus H. G. et al., 1984].

В клинической практике нередки случаи, когда морфолог затрудняется установить наличие инвазивного рака по соскобу из канала шейки матки. К гистологической трактовке такого соскоба следует подходить весьма осторожно! Обрывки слизистой оболочки, связанные с подлежащими тканями, деформация биопсированного кусочка, как правило, очень маленького, не позволяют установить или отвергнуть диагноз инвазивного рака, в частности дифференцировать внутриэпителиальный рак от тяжелой дисплазии [Муравьев Н. Г., 1979]. В таких случаях врач может допустить лечебные ошибки двух видов. Во-первых, недооценив степень распространения процесса, проводит неполное нерадикальное лечение, например при Iб стадии процесса, ошибочно принятой за Iа, выполняет простую экстирпацию матки. Во-вторых, ошибочно предполагая большее распространение процесса, производит обширное оперативное вмешательство или использует комбинированный метод лечения, например при ошибочно установленной Iб стадии вместо реальной Iа или «carcinoma in situ» осуществляет расширенную экстирпацию матки с придатками или комбинированное лечение с лучевым компонентом на первом этапе.

Во всех сомнительных случаях оптимальным методом, позволяющим исключить все возможные диагностические ошибки, является конизация шейки матки. Гистологическое исследование удаленного конуса позволит установить или отвергнуть диагноз инвазивного рака, а в последнем случае, возможно, явится и адекватным методом лечения. При конизации шейки матки с диагностической целью важно провести очень квалифицированное морфологическое изучение удаленного препарата. При этом следует правильно подготовить ма-

териал: прежде всего нужно отсечь кусочек по верхней линии резекции, а затем оставшийся материал расчленить на 6—8 кусочков и из них изготовить ступенчатые срезы. Перед морфологом должна быть поставлена задача — определить характер и локализацию поражения и глубину инвазии. Особое внимание необходимо обращать на состояние линии резекции и наличие эмболии опухолевыми клетками сосудистых и лимфатических капилляров. При выполнении конизации шейки матки обязательно выскабливание оставшейся части канала шейки матки. Отсутствие данных о состоянии его верхней трети может обусловить неправильный выбор объема лечебного вмешательства и последующий продолженный рост опухоли или развитие предсуществовавшего «carcinoma in situ» в культе шейки матки.

Установление диагноза инвазивного рака шейки матки Iб стадии не представляет особых трудностей. При глубокой инвазии (более 3 мм) опухоли, как правило, наблюдаются яркая клиническая картина, визуальные и пальпаторные изменения. Казалось бы, при этой ситуации диагностические ошибки исключаются. Тем не менее они возникают, а источниками ошибок являются нарушения элементарных правил обследования больных, в частности изменение последовательности использования методов диагностики. Среди этих правил следует назвать необходимость выполнения пальцевого ректовагинального исследования. При эндофитной форме опухоли, когда визуальные изменения могут быть минимальными, только это исследование позволяет выявить пришеечные инфильтраты и определить истинные размеры шейки, особенно ее надвлагалищной части. Более того, эндофитные формы рака шейки матки нередко принимают за псевдоэрозии, вследствие чего ошибочно назначают длительное консервативное лечение. В качестве иллюстрации приводим следующее наблюдение.

Больная К., 50 лет, в 1987 г. консультирована в поликлиническом отделении МНИОИ им. П. А. Герцена. Предъявляет жалобы на постоянные боли внизу живота, периодически возникающие маточные кровотечения. Из анамнеза: с 1982 г., находилась под наблюдением в клинике мединститута по поводу хронического нефрита. Постоянно осматривалась гинекологом. В 1986 г. выявлена эрозия шейки матки и без предварительной биопсии проведено консервативное лечение ваготилом. В последующем назначены ромашковые спринцевания. С 01.03.87 г., больной регулярно, 2 раза в неделю, в амбулаторных условиях проводили гемодиализ в связи с почечной недостаточностью. После осмотра гинекологом в апреле 1987 г. выявлен рак шейки матки III стадии. Направлена на консультацию в МНИОИ им. П. А. Герцена. При гинекологическом осмотре выявлена распадающаяся опухоль шейки матки с инфильтрацией сводов и стенок влагалища с участками изъязвления. Надвлагалищная часть шейки матки бочкообразно увеличена, плотная. Предпузырная клетчатка инфильтрирована. Определяются двусторонние плотные инфильтраты вплоть до стенок таза. В связи с наличием тяжелой сопутствующей патологии и значительной распространенностью опухолевого процесса специфическая терапия признана невозможной. Больной рекомендовано симптоматическое лечение.

Таким образом, несмотря на то что больная находилась под постоянным наблюдением в клинике, был допущен ряд диагностических ошибок: осмотр гинеколога без цитологического исследования мазков, консервативное лечение без морфологического подтверждения диагноза. В тех случаях, когда длительное консервативное лечение «эрозий» не дает эффекта, гинеколог должен задуматься о природе заболевания и необходимости проведения комплексного обследования.

Непростительные ошибки допускают врачи при обследовании больных, поступающих на лечение в гинекологические стационары по поводу различных доброкачественных опухолей матки и придатков.

Неполноценное исследование шейки матки служит причиной несвоевременной диагностики предраковых состояний или ранних форм рака шейки матки. Есть основание считать, что иногда в подобных случаях у больных выполняют надвлагалищную ампутацию матки или удаляют придатки, а нераспознанный рак шейки матки продолжает прогрессировать.

У 1—2% больных, оперированных по поводу миомы, в дальнейшем развивается рак культи шейки, причем у каждой третьей больной его выявляют в течение 1-го года после операции [Бохман Я. В., 1985]. Учитывая длительный латентный период, необходимый для перехода преинвазивного рака в инвазивный, измеряемый годами [Ferenezy A., 1986], можно полагать, что к моменту выполнения надвлагалищной ампутации матки у больных уже существовал рак шейки матки. Вследствие неполноценного обследования таких больных перед операцией возникают лечебно-тактические ошибки, заключающиеся в выборе неадекватного объема хирургического вмешательства. В качестве иллюстрации приводим следующее наблюдение.

Больная С., 40 лет, в 1985 г. поступила в онкогинекологическое отделение МНИОИ им. П. А. Герцена с диагнозом «carcioma in situ» шейки матки. Состояние после надвлагалищной ампутации матки без придатков по поводу миомы. Из анамнеза: половая жизнь с 21 года, первичное бесплодие. В 1984 г. по поводу симптомной миомы в городской больнице произведена надвлагалищная ампутация матки без придатков. Шейка матки не исследована. Через 6 мес во время профосмотра выявлены изменения шейки матки и больная направлена на обследование и лечение в институт. Произведены кольпоскопия и ножевая биопсия шейки матки. При гистологическом исследовании: в канале шейки матки — дисплазия III степени, во влагалищной порции шейки матки — «carcinoma in situ». Произведена экстирпация культи шейки матки. Результаты послеоперационного гистологического исследования подтвердили диагноз.

Таким образом, в данном наблюдении в связи с неполноценным обследованием (не была исследована шейка матки) допущена тактическая ошибка в лечении молодой женщины, что привело к необходимости выполнения повторной полостной операции.

Чаще всего диагностические ошибки возникают при обсле-

довании женщин в медицинских учреждениях общей лечебной сети: женских консультациях, медико-санитарных частях, стационарах различного профиля при осмотрах гинекологом, во время профосмотров. Однако много ошибок допускают врачи и при обследовании женщин в специализированных онкологических учреждениях: онкологических кабинетах, диспансерах, стационарах.

Некоторые врачи склонны завышать стадию опухолевого процесса, основываясь порой только на результатах пальпации. Это приводит к проведению неоправданно большого по объему лечения, например комбинированного лечения при Ia стадии, экстирпации матки с придатками у молодых женщин при внутриэпителиальном раке шейки матки.

Вместе с тем совершенно очевидно, что при установлении стадии процесса неизбежны определенные неточности, связанные как с несовершенством методов диагностики (например, определение характера инфильтрата в малом тазе, глубины поражения канала шейки матки и т. п.), так и с недостаточным использованием существующих методик (лимфография, цервикогистероскопия, ультразвуковое сканирование, лапароскопия и т. д.).

Таким образом, для своевременного установления правильного диагноза предопухолевых заболеваний и рака шейки матки следует:

1) не терять онкологической настороженности и придерживаться правила: в первую очередь исключить рак шейки матки и только после этого начинать лечение других заболеваний;

2) использовать в качестве обязательных, а не дополнительных методов диагностики кольпоскопию, цитологическое и гистологическое исследования;

3) считать обязательным выполнение ножевой биопсии шейки матки и выскабливания канала шейки матки у женщин, у которых заподозрены ранние формы рака;

4) считать диагностический этап законченным, если установлена локализация процесса, его морфологическая структура и степень поражения органа (переход на своды, объем поражения эктоцервикса, распространенность опухоли в канале шейки матки);

5) до начала лечения определить состояние окружающих органов и систем для прогностической оценки планируемого лечения.

Анализ лечебно-тактических ошибок целесообразно начинать с оценки эффективности диспансеризации больных с фоновыми заболеваниями шейки матки. Эта группа наиболее многочисленна, возраст входящих в нее женщин преимущественно до 30—35 лет. Сам по себе репродуктивный период жизни женщины, казалось бы, создает предпосылки для частого обращения к гинекологу и, следовательно, своевременно-

го выявления любого патологического состояния шейки матки. Если же женщина уже поставлена на учет в связи с той или иной патологией шейки матки, то справедливо было бы ожидать, что фоновый процесс будет ликвидирован и тем самым предотвращено развитие рака. В действительности же и здесь допускаются тактические ошибки. В первую очередь это касается организации процесса наблюдения за больными. Женщину регулярно (!) вызывают к гинекологу, однако осмотр ограничивается визуальным и пальпаторным исследованием. Крайне редко проводят контрольные цитологические и кольпоскопические исследования. Гинекологов удовлетворяет гистологическое заключение: псевдососочковая эрозия, свидетельствующее скорее об отсутствии данных о состоянии плоского эпителия, являющегося в 90% источником рака шейки матки, чем об истинном характере процесса на шейке матки. Тем не менее, получив подобное заключение, врач допускает лечебно-тактическую ошибку: либо применяет один из распространенных методов лечения — диатермокоагуляцию шейки, при условии, если не весь участок «эрозии» иссечен, либо наблюдает за женщиной, считая, что патологически измененный участок удален во время биопсии.

Что же происходит на самом деле? Остается неисследованным плоский эпителий, граничащий с участком, на котором локализуется псевдоэрозия, и коагулируется пласт покровного эпителия шейки с невыясненной патологией. Ву Ньят Тханг (1972) показал, что в анамнезе у 13,2% больных раком шейки матки была диатермокоагуляция шейки матки. Аналогичные данные получены Y. Martoin и соавт. (1983). Авторы указывают, что рак шейки матки после коагуляции по поводу доброкачественных заболеваний встречается в 8—10 раз чаще, чем у здоровых лиц. Следует четко представлять, что не коагуляция (диатермо- или химиокоагуляция) вызывает в дальнейшем рак шейки матки! Позднее выявление недиагностированного, но часто уже существовавшего злокачественного процесса объясняется возникшими анатомическими особенностями. На фоне синдрома коагулированной шейки матки могут длительное время оставаться незамеченными специфические изменения глубоких слоев эпителия (рис. 19.3).

Цитологическое исследование мазков целесообразно проводить не ранее чем через 8—10 нед после электрокоагуляции шейки матки, в связи с тем что у подавляющего большинства больных в течение этого периода в мазках обнаруживаются атипические клетки, что, по мнению A. Bukovsky с соавт. (1985), связано с иммунным ответом организма на проведенное лечение. Выявление же атипических клеток в более ранние сроки может ошибочно стать поводом для повторной коагуляции шейки.

В качестве иллюстрации подобной ситуации приводим следующее клиническое наблюдение.

Больная Ш., 43 лет, поступила в радиологическое отделение МНИОИ им. П. А. Герцена в 1987 г. в связи с периодически возникающими контактными и межменструальными кровянистыми выделениями. Половая жизнь с 20 лет, родов — двое, медицинских абортов — шесть. В 1967 и 1982 гг. больной проводили диатермокоагуляцию шейки матки без предварительной биопсии. В феврале 1986 г. произведен медицинский аборт, во время осмотра выявлена «эрозия» шейки матки. В марте 1986 г. проведена криотерапия без дообследования шейки. С июня 1986 г. больная отмечает ациклические и контактные кровянистые выделения из половых путей. Обратилась к гинекологу в конце августа 1987 г., произведены раздельное диагностическое выскабливание и биопсия шейки матки. Гистологическое заключение: элементы плоскоклеточного умеренно-дифференцированного рака и частицы железистого полипа. Направлена на лечение в институт.

Осмотр в зеркалах: шейка матки гипертрофирована, передняя губа деформирована, на ней имеется кровоточащая опухоль. Пальпация: обе порции шейки матки плотные, надвлагалищная часть гипертрофирована. Тело матки увеличено соответственно 5—6 нед беременности. В левой параметрии плотный инфильтрат, доходящий почти до стенки таза, справа — небольшая тяжистость. Заключительный диагноз: рак шейки матки II стадии (T2NXM0), смешанная форма роста, левосторонний параметральный вариант. Выработан план сочетанно-лучевого лечения.

В данном наблюдении были допущены лечебно-тактические и методические ошибки: трижды больной производили лечебные манипуляции на шейке матки без морфологической верификации диагноза, что привело к позднему выявлению опухолевого заболевания.

Ошибкой следует считать длительное неэффективное консервативное лечение фоновых процессов у диспансерных больных. При длительном проведении консервативных лечебных мероприятий (спринцевания, инъекции лекарственных препаратов в шейку, гормонотерапия, применение тампонов, иногда с биологически активными веществами, стимулирующими пролиферативную активность эпителия) порой незамеченным остается развивающийся рак шейки матки.

Ошибки в лечении больных со злокачественными опухолями шейки матки можно разделить на две группы: одни возникают при выборе тактики лечения, другие — при неправильном использовании того или иного метода лечения.

Внутриэпителиальный рак влагалищной порции шейки матки служит показанием к выполнению вмешательства минимального объема — удалению шейки (ампутация, электроконизация, криотерапия, лазерное выпаривание или эксцизия). У лиц преклонного возраста или женщин с сопутствующей гинекологической патологией, например миомой, объем лечения расширяется до экстирпации матки. При поражении канала шейки матки вследствие затруднений, возникающих при определении глубины и протяженности опухолевого процесса, также целесообразно произвести удаление матки. В настоящее время мы разрабатываем методы эндоскопического исследования канала шейки матки с прицельной биопсией слизистой оболочки для установления истинной протяженности опухолевого поражения. Уточнение топики патоло-

гического очага позволяет расширить показания к выполнению высокой ножевой или лазерной ампутации шейки [Новикова Е. Г. и др., 1986; Kaoru S., 1984; Kwikkel H., 1986].

Многочисленные данные литературы, указывающие на благоприятные отдаленные результаты щадящего лечения больных внутриэпителиальным раком шейки матки, дают нам основание считать органосохраняющее лечение методом выбора у данной категории больных. Лечебные воздействия большего объема, хотя и дают такие же результаты, приводят к потере генеративной и менструальной функций, а также сопряжены с высоким риском возникновения осложнений, связанных с хирургическим и лучевым лечением. Таким образом, увеличение объема лечения, в частности применение комбинированного метода и расширенной экстирпации матки с придатками, при внутриэпителиальном раке влагалищной порции шейки матки следует рассматривать как ошибку.

Лечебная тактика при микроинвазивном раке еще четко не сформулирована, хотя некоторые отечественные и зарубежные авторы считают возможным и даже целесообразным щадящее лечение в объеме удаления шейки матки [Бохман Я. В. и др., 1981; Шуваева Н. И. и др., 1987; Almendral A., 1983; Kaoru S., 1984]. Отсутствие или крайне редкое метастазирование, выраженная защитная реакция стромы вокруг опухоли служат подтверждением локальности процесса и являются основанием к выполнению экономной операции [Винокур М. Л., 1985; Almendral A. et al., 1983; Creasman W. et al., 1985]. В настоящее время регламентированным объемом лечения при раке шейки матки Ia стадии является удаление матки, у лиц молодого возраста без придатков.

Опыт МНИОИ им. П. А. Герцена позволяет рекомендовать уменьшение объема лечебных мероприятий при плоскоклеточном раке шейки матки с глубиной инвазии до 1 мм (Ia_1 стадия по классификации международной ассоциации акушеров-гинекологов) до высокой ампутации шейки. Однако выполнение подобных органосберегательных операций допустимо лишь в специализированных учреждениях, располагающих возможностями проведения квалифицированного гистологического исследования удаленного препарата.

Что касается комбинированного метода и расширенной экстирпации матки с придатками, то этот объем лечения превышает онкологическую необходимость при Ia стадии рака шейки матки и его применение следует рассматривать как лечебно-методическую ошибку. Комбинированный метод используют при лечении Ib стадии рака шейки матки. Отдаленные результаты свидетельствуют об отсутствии принципиальных различий в последовательности применения лучевого компонента в комбинированном лечении. Хирургическое вмешательство при этом выполняют в объеме расширенной экстирпации матки с придатками. Необоснованный отказ от ком-

бинированного лечения рака шейки матки Ib стадии является лечебно-тактической ошибкой. При раке шейки матки II—III стадии методом выбора является сочетанно-лучевое лечение.

Ошибки в лучевой терапии носят субъективный лечебно-методический характер. Они связаны с нарушением разметки полей и режима облучения, адекватности доз, длительности терапии и т. д. В настоящее время хорошо известны методики дистанционного и внутриполостного облучения, эффективность которых, по мнению ведущих радиогинекологов, достаточно велика [Павлов А. С., Костромина К. Н., 1985; Вишневская Е. Е., 1986]. Следует помнить о возможных ошибках при распознавании и устранении осложнений лучевого лечения. В качестве примера приводим следующее наблюдение.

Больная М., 63 лет, поступила в онкогинекологическое отделение МНИОИ им. П. А. Герцена в 1984 г. в связи с признаками почечной недостаточности, 5 лет назад перенесла комбинированное лечение по поводу рака шейки матки стадии T1bH0M0. В настоящее время причиной тяжелого состояния считали прогрессирование заболевания, наличие специфического инфильтрата, сдавливающего мочеточники. Проводилась симптоматическая терапия почечной недостаточности. Через 10 дней больная умерла. На вскрытии прогрессирование процесса не подтверждено, выявлен послелучевой склероз (индурация) клетчатки забрюшинного пространства, что привело к рубцовой структуре мочеточников в их тазовом отделе, уретеропиелоэктазии, гидронефрозу с прогрессирующей почечной недостаточностью.

Таким образом, не были своевременно выявлены рубцовые изменения в малом тазе, которые вызвали сдавление мочеточников и вторичную почечную недостаточность. В случае правильного определения характера процесса больную можно было бы спасти, наложив нефростому, а затем, возможно, выполнив пересадку мочеточников.

Вторая группа ошибок, возникающих при лечении больных раком шейки матки, связана с неправильным применением методик. Несмотря на то что щадящее лечение при ранних формах рака шейки матки пока проводят не очень часто, следует обратить внимание на возможные ошибки. При выполнении конизации шейки матки в случаях вовлечения в процесс нижних отделов канала шейки матки следует помнить о преимуществах высокой ножевой ампутации шейки: она позволяет удалить всю влагалищную порцию и большую часть канала шейки матки, но при этом сохраняется важная в функциональном отношении область внутреннего зева. При обнаружении опухолевых элементов по линии резекции органа или микроэмболии в сосудистые щели эту операцию нельзя считать радикальной, даже если выраженность процесса на влагалищной порции шейки матки не превышает «carcinoma in situ». В этих случаях показана экстирпация матки, возможно, с лимфаденэктомией. В качестве примера лечебно-методической ошибки приводим следующую историю болезни.

Больная С., 39 лет, поступила в онкологическое отделение по поводу рака шейки матки Iа стадии. Жалоб не предъявляла. Половая жизнь с 20 лет, родов не было, медицинских абортов — два. Последние 4 года гинекологом не осматривалась. Из анамнеза: проходила обследование по поводу мастопатии, попутно выявлены изменения на шейке матки. Произведена биопсия, при гистологическом исследовании полученного материала выявлен внутриэпителиальный рак на влагалищной порции и в канале шейки матки. Судить о наличии инвазии в канале не представлялось возможным из-за отсутствия подлежащих тканей в соскобе. Как заключительный этап диагностики выполнена высокая ножевая ампутация шейки матки. При гистологическом исследовании удаленной шейки обнаружен внутриэпителиальный рак с началом инвазии в области наружного зева. В канале шейки матки вплоть до линии резекции — «carcinoma in situ» на фоне тяжелой дисплазии.

В связи с распространением опухолевого процесса по каналу шейки матки вплоть до линии резекции решено произвести экстирпацию матки. На время стихания послеоперационного воспалительного процесса больная была выписана домой. Однако через несколько дней после выписки у больной появились острые боли в животе, температура тела повысилась до 38 °C, и по экстренным показаниям она была госпитализирована в городскую больницу. Установлен диагноз гнойного сальпингита, и через 3 дня была произведена операция. На операции выявлен пельвеопериотонит и подтвержден диагноз гнойного сальпингита. Произведена двусторонняя тубэктомия (!).

В данном наблюдении гинекологами стационара допущена грубая ошибка: зная о том, что больная состоит на учете по поводу онкологического заболевания шейки матки и ей предстоит операция, без согласования с онкологом они выполнили оперативное вмешательство недостаточного объема. Больной будет произведена третья операция — экстирпация матки.

Расширенная эстирпация матки является одной из самых обширных операций в онкогинекологии. Насколько тщательно она будет выполнена, зависит от квалификации хирурга. Онкологические принципы операции и ее этапы подробно описаны в «Атласе онкологических операций» (1987). Следует подчеркнуть, что операцию такого объема следует производить в онкологическом стационаре, поскольку необходимо не только методически правильно ее выполнить, но и четко определить показания к ней.

Достижения современной онкогинекологии в лечении рака шейки матки, особенно его ранних форм, привели к увеличению числа излеченных женщин, многие из которых находятся в детородном периоде. Проведение щадящего и органосохраняющего лечения предполагает сохранение детородной функции, поэтому следует подчеркнуть, что ошибочной нужно считать тактику врачей-гинекологов, настаивающих на прерывании беременности у таких женщин. Необходимо убедиться в отсутствии у женщины рецидива рака шейки матки, а потом решить вопрос о сохранении беременности.

19.2. ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ

Злокачественные опухоли яичников занимают третье место по частоте среди злокачественных опухолей половых органов, но

как причина смерти эта патология находится впереди [Fettig O. et al., 1985; Barber H. R. K., 1986]. Основной путь улучшения результатов лечения — раннее выявление злокачественных опухолей яичников. Однако эти новообразования, особенно в ранних стадиях, не имеют специфических симптомов, что затрудняет их своевременное обнаружение.

Один из путей улучшения ранней диагностики злокачественных опухолей яичников — их активное выявление и проведение комплексного обследования в рамках групп повышенного риска. Показания к включению пациентов в эти группы были впервые сформулированы И. Д. Нечаевой (1965). Она рекомендовала включать в них женщин с миомой матки, воспалительными заболеваниями придатков, кистозными образованиями яичников, так называемыми неопределенными массами в малом тазе, а также с нарушениями менструального цикла. В последующем показания к включению в группы риска расширялись. Был сформулирован синдром «пальпируемых яичников в менопаузе» [Barber H. R. K., Graber E. A., 1971], в группу риска стали включать больных старше 40 лет, у которых были другие злокачественные новообразования, с отягощенной наследственностью, особенно по линии злокачественных новообразований половых органов, молочной железы и желудочно-кишечного тракта, страдающих бесплодием, незамужних и перенесших в прошлом гинекологические операции с оставлением одного или обоих яичников [Terz J. et al., 1967; Gibbs E. A., 1971].

Формирование групп повышенного риска предполагает тщательное изучение анамнеза. К сожалению, не всегда этому уделяют достаточно внимания (организационные ошибки субъективного характера). Частота рака яичников среди родственниц больных раком яичников в 6,7 раза превышает ожидаемую повозрастную частоту в популяции [Чудина А. П., 1983]. Риск возникновения рака яичников также повышается у больных, перенесших злокачественное заболевание, особенно с локализацией в молочной железе, эндометрии или желудочно-кишечном тракте [Lynch H. T., Lynch P. M., 1979].

Однако не всегда, даже в группах риска, врач женской консультации проводит необходимые диагностические мероприятия для уточнения диагноза. Это относится к субъективным диагностическим ошибкам. Разберем некоторые возможные ситуации.

«Миома матки» — один из самых частых ошибочных диагнозов при злокачественных опухолях яичников. Так, по данным Д. В. Николаевой (1975), опухоли яичников выявлены у 18,9% больных, у которых был установлен диагноз «миома матки». Это объясняется тем, что врачи часто не применяют даже элементарные методы уточняющей диагностики, такие, например, как зондирование матки, захватывание шейки матки пулевыми щипцами с одновременной пальпацией матки. Кроме того, не следует забывать, что и при первоначально правильно уста-

новленном диагнозе миомы матки в процессе динамического наблюдения могут возникать изменения в гинекологическом статусе, в связи с чем необходимо провести уточняющую диагностику.

Углубленное обследование женщин, у которых во время профилактического осмотра были выявлены миома матки, хроническое воспаление придатков, нарушения менструального цикла и другая патология, у 3% из них позволило выявить клинически не подозревавшиеся опухоли яичников, а у 30% — изменить диагноз в связи с обнаружением опухоли яичника [Лоскутова Г. П., Веснин А. Г., 1977].

Хронический аднексит был ошибочно диагностирован при опухолях яичников у 23,4% больных [Николаева Д. В., 1975]. При установлении подобного диагноза очень важно соблюдать некоторые принципы, которые могут помочь избежать ошибки. Так, лечение воспалительного процесса придатков должно быть интенсивным и не слишком продолжительным (не более 3 мес). В случае неэффективности лечения следует применить более радикальные методы терапии. Нередко диагноз аднексита устанавливают у женщин пре- и постменопаузального возраста. Известно, что подобная патология у пожилых женщин наблюдается значительно реже, чем у молодых. В связи с этим при обнаружении патологических изменений в придатках у пациенток пожилого возраста в первую очередь следует думать о возможности опухолевого поражения и лишь, исключив последнее, проводить противовоспалительное лечение.

Аналогичные результаты получены и в группе больных с выявленными предположительно доброкачественными опухолями яичников [Селезнева Н. Д., 1982]. Рак яичников был обнаружен у 4,6%. В связи с этим диспансерное наблюдение можно вести за строго ограниченным числом женщин. K. J. Lohe и H. Graeff (1982) показано, что при небольших размерах яичника (менее 5 см) его злокачественное перерождение наблюдается редко, при значительных — чаще. Исключение могут составить молодые женщины, у которых увеличение яичников (более 5 см в диаметре) может иметь функциональный характер. Однако и в этих случаях наблюдение следует проводить в течение не более трех — четырех менструальных циклов. У пожилых женщин любое увеличение яичников должно служить поводом для тщательного обследования и хирургического лечения [Badea P., Badea A., 1987].

При гормонально-активных опухолях яичников нередко наблюдаются нарушения менструального цикла. Тем не менее врачи, исключив патологию эндометрия, часто не проводят дальнейшее уточнение диагноза. Возможная патология яичников при этом остается неустановленной (диагностическая ошибка субъективного характера).

Более чем у половины больных с распространенными опухолями яичников наблюдаются лишь симптомы общего характера

(недомогание, слабость, снижение аппетита, желудочно-кишечный дискомфорт и др.). В связи с этим они первоначально обращаются, как правило, к врачам общего профиля (терапевту, хирургу). Правильный диагноз при этом устанавливают не более чем у 17% больных. В связи с установлением ошибочного диагноза или выявлением сопутствующих хронических заболеваний (гастрит, колит, сердечно-сосудистая недостаточность и др.) за больными в течение длительного времени ведут наблюдение без целенаправленного обследования, что приводит к прогрессированию рака яичников. Около 19% больных признают здоровыми. Почти 57% больных раком яичников сразу же обращаются к гинекологу, из них только у 47% устанавливают правильный диагноз. Часто устанавливают ошибочные диагнозы «миома матки», «воспаление придатков», а 25% женщин вообще признают практически здоровыми [Антошечкина Е. Т., 1974]. Вследствие этого диагноз рака яичников устанавливают с опозданием в среднем на 6 мес. В качестве примера диагностической ошибки субъективного характера приводим следующее наблюдение.

Больная Ч., 23 лет, в возрасте 17 лет отметила появление опухолевого образования в паховой области справа. Хирург, к которому она обратилась, установил диагноз «паховая грыжа». Никаких диагностических мероприятий проведено не было, рекомендовано наблюдение. Между тем из анамнеза было известно, что девушка страдает первичной аменореей. При осмотре: телосложение по мужскому типу, молочные железы не развиты, отсутствуют волосы на лобке и подмышками. Только при появлении спустя 6 лет подобного опухолевого образования в паховой области слева оно было удалено. При гистологическом исследовании последнего обнаружена тестикулярная ткань.

Таким образом, у молодой девушки имелась дисгенезия гонад, диагноз которой был установлен лишь спустя много лет после появления первых признаков заболевания.

Некоторые злокачественные опухоли яичников (герминогенные, опухоли стромы полового тяжа) развиваются преимущественно у молодых женщин (средний возраст 18—22 года). Наиболее частым признаком заболевания у таких больных является увеличение живота, в связи с чем у них часто ошибочно устанавливают беременность. В то же время, как известно, имеется достаточно средств для подтверждения или исключения данного диагноза (исследование мочи на хорионический гонадотропин, прослушивание сердцебиения плода, ультразвуковое исследование). В качестве примера субъективной врачебной ошибки приводим следующее наблюдение.

Больная Л., 28 лет, обратилась в женскую консультацию в мае 1979 г. с жалобами на боли внизу живота. Страдает вторичным бесплодием. Роды — 1, абортов — 2. Менструации регулярные, последняя менструация 20—24 апреля. Несмотря на регулярный менструальный цикл и отсутствие задержки менструаций, была установлена беременность, соответствующая 11 нед. Без какого-либо подтверждения диагноза, несмотря на его несоответствие клиническим данным, женщина была направлена для искусственного

прерывания беременности. В соскобе из полости матки элементов плодного яйца не обнаружено. Лишь после этого диагноз был уточнен: кистома яичника. Произведена операция — надвлагалищная ампутация матки с придатками и резекция большого сальника. При гистологическом исследовании опухоли яичника выявлен мезонефроидный рак.

Как видно из приведенного наблюдения, врачи не уделили должного внимания анамнезу, что могло бы направить диагностический процесс в правильном направлении. Это пример организационных и диагностических ошибок субъективного характера.

У молодых больных с опухолями яичников заболевание нередко проявляется болями, которые у 23% из них носят острый характер, что бывает связано с перекрутом ножки новообразования, нарушением целости опухоли, некрозом и геморрагией или сочетанием указанных выше осложнений. Картину острого живота не всегда своевременно выявляют, иногда признаки катастрофы в брюшной полости остаются незамеченными. Так, у 38% больных оперативное вмешательство было отложено на 10—30 дней в связи с установлением ошибочного диагноза острого воспаления придатков, панкреатита, острой кишечной инфекции. Вследствие этого летальность в этой группе больных была почти в 2 раза выше, чем среди своевременно оперированных (соответственно 50 и 29,4%). Примером может послужить следующее наблюдение.

Больная К., 24 лет, обратилась 8.02.80 г. за неотложной медицинской помощью в одну из больниц Москвы в связи с резкими болями в левой половине живота, рвотой, повышением температуры тела до 39 °С. Был установлен диагноз «почечная колика» и назначено консервативное лечение. Однако больную продолжали беспокоить боли в животе, сохранялась высокая температура. Через 5 дней после появления указанных выше симптомов больная была госпитализирована с диагнозом «внематочная беременность». Однако в больнице продолжали наблюдение и консервативное лечение. В связи с его неэффективностью была произведена операция, но лишь через 18 дней после появления первых симптомов! На операции обнаружена опухоль левого яичника размером 18×15 см с перфоративным отверстием. При гистологическом исследовании выявлена смешанная герминогенная опухоль, одна часть которой имела строение дисгерминомы, другая — эндодермального синуса с обширными очагами некроза, кровоизлияний и дистрофии опухолевых клеток. Несмотря на проведенное комбинированное лечение (надвлагалищная ампутация матки с придатками и два курса полихимиотерапии по схеме VAC) женщина умерла через 5 мес, причем рецидив заболевания был отмечен уже через 2 мес после начала лечения.

Следует отметить, что при нарушении целости злокачественной опухоли длительная отсрочка операции приводит к имплантации и диссеминации опухолевых клеток, что и произошло в данном наблюдении, в котором были допущены и диагностические, и лечебно-тактические ошибки субъективного характера.

Закономерно, что диагностические ошибки влекут за собой лечебно-тактические и лечебно-методические ошибки. Так, не у всех даже своевременно оперированных больных, у которых наблюдалась картина острого живота, во время операции был

установлен правильный диагноз. Наиболее частыми ошибочными диагнозами были «острый аппендицит» и «внематочная беременность». Ошибки в диагностике приводили к ошибкам в лечении. Так, при предполагаемом остром аппендиците применяли типичный косой разрез в правой подвздошной области длиной 7—8 см, что не позволяло провести полноценную ревизию. Например, у одной больной вообще не был обнаружен червеобразный отросток в типичном месте, тем не менее даже это обстоятельство не послужило поводом для выполнения ревизии брюшной полости, и опухоль яичника не была выявлена. Лишь в связи с повторным болевым приступом произведена еще одна операция, во время которой обнаружен опухолевоизмененный левый яичник. Примером ошибочной тактики является также следующее наблюдение.

Больная С., 23 лет, обратилась в больницу в октябре 1981 г. с жалобами на резкие боли внизу живота в правой подвздошной области, тошноту, рвоту, вздутие живота. Был установлен диагноз «острый аппендицит», и в тот же день произведена операция. Обнаружены катаральные изменения чревеобразного отростка; никаких сведений о состоянии матки и придатков в протоколе операции нет. Выполнена типичная аппендэктомия. Однако у больной сохранились боли, вздутие живота, тошнота. После 4 дней наблюдения произведена повторная операция, во время которой обнаружены выпот геморрагического характера в количестве 200 мл и бугристая опухоль правого яичника диаметром 20 см с множественными кровоизлияниями и перекрутом ножки на 360°. Удалены правые придатки. При гистологическом исследовании опухоли установлена дисгерминома.

В обоих наблюдениях не была проведена полноценная ревизия брюшной полости, в частности органов малого таза. Вследствие этого даже на операции не был установлен правильный диагноз, в связи с чем через несколько дней потребовалось повторное вмешательство (лечебно-тактическая и лечебно-методическая субъективные ошибки).

Во избежание таких ошибок каждая больная, у которой заподозрено острое заболевание брюшной полости, независимо от возраста до операции должна быть осмотрена гинекологом (влагалищное или ректальное исследование). В отсутствие гинеколога это исследование должен провести оперирующий хирург.

Ошибки при установлении первичного диагноза у больных с опухолями яичников могут быть связаны с неподобающими условиями осмотра. Гинекологи редко проводят осмотр больной на кушетке, если это не беременная. В то же время при обследовании женщин в горизонтальном положении с помощью пальпации и перкуссии живота можно легко выявить асцит и построить план дальнейшего обследования уже целенаправленно. В этом же смысле следует обращать особое внимание на состояние пупка. Появление «пупочной грыжи» даже в отсутствие других симптомов должно вызвать подозрение на возможное злокачественное поражение органов брюшной полости [Millar K., Clein G., 1975]. Известны случаи, когда опухолево-

измененный сальник ущемлялся в пупочном кольце. Кроме того, примерно в 2% случаев наблюдаются метастазы рака яичников в пупок [Чен-Майрансаева Т. П., 1968; Vlahousis A. P. et al., 1982]. В качестве иллюстрации изложенного выше можно привести следующее наблюдение.

Больная Б., 45 лет, обратилась в медико-санитарную часть в мае 1983 г. с жалобой на увеличение живота. Осмотрена терапевтом, который патологии не обнаружил и никакого обследования не назначил, в том числе не направил больную на осмотр к гинекологу. Однако через 3 нед женщина повторно обратилась к этому же врачу с такой же жалобой. Тем не менее даже повторное обращение женщины не насторожило врача. Увеличение живота расценено как симптом ожирения, в связи с чем рекомендована диетотерапия. Наличие жидкости в брюшной полости осталось незамеченным. Лишь через 3 мес в связи с ухудшением состояния больная обратилась к другому врачу, который заподозрил злокачественное заболевание. При обследовании обнаружены асцит, опухолевое поражение яичников. Установлен диагноз: рак яичников III стадии.

При осмотре обязательна пальпация периферических лимфатических узлов (шейных, надключичных, подключичных, подмышечных, паховых). Увеличение каких-либо из них может подсказать врачу направление диагностических исследований либо свидетельствовать о распространенности процесса. При увеличении отдельной группы лимфатических узлов в первую очередь следует думать об их метастатическом поражении. С целью уточнения диагноза необходимо произвести пункцию лимфатического узла с целью получения материала для цитологического исследования или даже биопсию — для гистологического. К сожалению, нередки случаи, когда при увеличении лимфатических узлов устанавливают диагноз лимфаденита и производят длительное консервативное лечение, нередко с применением тепловых процедур. Иллюстрацией может служить следующее наблюдение.

Больная Г., 49 лет, обратилась к хирургу в апреле 1985 г. в связи с увеличением (2×1,5 см) лимфатического узла в паховой области. Направлена к гинекологу, который патологии половых органов не обнаружил. Установлен диагноз «лимфаденит» и назначено физиотерапевтическое лечение. Через 5 мес отмечено увеличение опухолевого образования в паховой области до 8×4 см, и лишь тогда произведена его пункция. При цитологическом исследовании обнаружен высокодифференцированный железистый рак. При ультразвуковом исследовании выявлено двустороннее опухолевое поражение яичников (размер новообразований до 8—10 см в диаметре).

Таким образом, в данном наблюдении неправильная тактика привела к задержке лечения на 5 мес. Следовало уже при первом обращении произвести пункцию лимфатического узла для уточнения диагноза.

Обязанностью гинеколога является осмотр и пальпация молочных желез. Во-первых, это одна из возможностей выявления рака молочной железы в начальной стадии заболевания. Во-вторых, при распространенном раке молочной железы анатоми-

ческие изменения придатков матки с большой степенью вероятности можно рассматривать как метастатическое поражение.

Несоблюдение врачом при осмотре элементарных правил не позволяет своевременно выявить опухолевый процесс в яичниках. Гинекологическое исследование необходимо проводить при подготовленном кишечнике и опорожненном мочевом пузыре. В женских консультациях обязательным должно быть ректовагинальное бимануальное исследование, которое в настоящее время проводят лишь в исключительных случаях. В результате этого осмотр часто бывает менее информативным, в частности оказываются невыявленными как опухолево-измененный яичник, который в силу анатомических особенностей при небольших размерах располагается позади матки, так и метастатическое поражение брюшины прямокишечно-маточного углубления (дугласово пространство). Все перечисленное выше относится к категории организационных ошибок.

Не следует забывать о важности динамического наблюдения. В зависимости от состояния кишечника и мочевого пузыря взаимное расположение внутренних половых органов может изменяться, кроме того, возможно увеличение яичников функционального характера. Изменения гинекологического статуса в течение менструального цикла могут быть обнаружены только при динамическом наблюдении. Следует, однако, напомнить, что длительность такого наблюдения не должна превышать трех — четырех менструальных циклов.

При бимануальном влагалищном осмотре следует обращать внимание на характер изменений придатков (двусторонность, бугристость, подвижность, плотность, спаяние с соседними органами и др.). На основании этих признаков можно определить, является ли поражение первичным или метастатическим, и избежать диагностической ошибки.

Особую трудность представляет диагностика опухоли яичника, развившейся на фоне беременности, что отмечается в 1,5—3,5% наблюдений [Clarke-Pearson D. L., 1985]. Большинство опухолей яичников в таких случаях обнаруживают либо в последнем триместре беременности, либо после родов [Rincon M., Morales G., 1985]. Это свидетельствует о недостаточно внимательном, порой формальном осмотре женщин при динамическом наблюдении за ними во время беременности. Примером может служить следующее наблюдение.

Больная К., 32 лет, обратилась в женскую консультацию по поводу четвертой беременности при сроке, соответствующем 8 нед. При осмотре патологических изменений придатков не обнаружено. В процессе наблюдения за развитием беременности отклонений от нормального течения не отмечено. Через 11 дней после срочных нормальных родов возникли резкие боли в животе, тошнота. В связи с симптомами острого живота произведено экстренное оперативное вмешательство, во время которого обнаружена опухоль правого яичника размером 26×15 см с перекрутом ножки.

Это наблюдение свидетельствует, с одной стороны, о том, что установить диагноз опухоли яичника во время беременности трудно (объективная диагностическая ошибка), с другой стороны, о погрешностях осмотра (субъективная ошибка).

Причиной ошибок при окончательном установлении диагноза опухолей яичников является недостаточное использование методов уточняющей диагностики. Простым и доступным методом диагностики является ультразвуковое сканирование [Демидов В. Н., Зыкин Б. И., 1983]. Он может быть использован для скрининга при обследовании женщин в группах повышенного риска и для уточнения величины, локализации, консистенции опухоли, взаимоотношения с соседними органами и даже ее природы. Общая разрешающая способность метода превышает 90% [Назарова И. С., 1987; Levis S., Delval R., 1976; Bulić M., Laninorić J., 1979; Zánke S., 1980]. Ультразвуковое сканирование можно применять с целью объективного определения эффективности химиотерапии или лучевой терапии, а также для своевременного выявления рецидивов заболевания [Cöch G., 1978; Bessis R. et al., 1981].

В комплексе диагностических мероприятий важное место занимает висцеральная флебография таза. С помощью этого метода может быть уточнена исходная локализация опухоли и определены топографоанатомические взаимоотношения органов (что важно при планировании оперативного вмешательства) [Попова А. А., 1969; Грязнова И. М. и др., 1982]. Однако с внедрением ультразвукового сканирования показания к применению висцеральной флебографии таза как метода, позволяющего уточнить локализацию процесса, несколько сузились. Тем не менее она не утратила своего значения в тех случаях, когда применение других диагностических приемов ограничено или безрезультатно.

Особое значение для уточнения характера опухолевого процесса имеет цитологическое исследование асцитической жидкости. С целью парацентеза производят трансвагинальную пункцию прямокишечно-маточного углубления через задний свод влагалища [Попова А. А., 1981; Gergakopoulos R. A. et al., 1981]. Точность метода составляет 82—89%. Метод позволяет быстро подтвердить клинический диагноз, способствует активному выявлению больных со злокачественными опухолями яичников среди женщин, относящихся к группе риска, а также женщин с нехарактерными жалобами при нечетких данных гинекологического исследования. Модификация данной методики путем применения смывов еще более повышает ее точность [Лоскутова Г. П., 1978; Joppi M. et al., 1982]. Данный метод очень хорош для наблюдения за эффективностью лечения и своевременного выявления рецидива. Точность его при этом составляет 96% [Viffa U., Santa Jovanovski D., 1980].

Методом интегральной диагностики, с помощью которого можно установить не только локализацию и характер процес-

са, но и степень его распространения и морфологическую природу, является лапароскопия. Информативность его составляет 75%. С помощью лапароскопии у 95% больных можно получить ценную информацию о состоянии опухолевого процесса в пределах брюшной полости [Пачеко Х. Б., 1985].

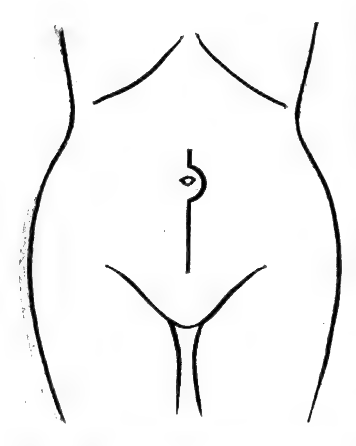
Диагностическая точность указанных выше методов повышается при сочетанном их использовании.

Говоря о специальных методах исследования, следует напомнить о необходимости исследования желудочно-кишечного тракта с помощью рентгенологических и эндоскопических (по показаниям) методов, особенно в случаях двустороннего изменения яичников, что подозрительно в плане метастатического поражения.

При обследовании больных с опухолями яичников врач должен обязательно оценить состояние шейки матки, канала шейки матки и эндометрия. Это поможет избежать грубых ошибок при выборе объема оперативного вмешательства, выполняемого по поводу опухоли яичников.

Причиной диагностических ошибок как субъективного, так и объективного характера часто является неправильная интерпретация результатов обследования. Во избежание тех и других необходимо помнить о пределах диагностических возможностей каждого из перечисленных методов и полученные с их помощью данные оценивать в совокупности, ставя на первое место результаты морфологических исследований.

Лечение больных со злокачественными опухолями яичников необходимо проводить в специализированном онкологическом учреждении. Однако в ургентных ситуациях и при выполнении плановых оперативных вмешательствах по поводу якобы доброкачественных опухолей половых органов, когда лечение проводят в лечебно-профилактическом учреждении общей лечебной сети, злокачественная опухоль яичника может оказаться случайной операционной находкой. В таких случаях нужно твердо знать, что основным методом лечения больных со злокачественными опухолями яичников является хирургический. Правильно и квалифицированно выполненное хирургическое вмешательство является залогом эффективного дальнейшего лечения и хорошего прогноза. С целью обеспечения доступа в брюшную полость необходимо произвести нижнесрединную лапаротомию. Использование надлобкового поперечного разреза является ошибкой по нескольким причинам (лечебно-методическая ошибка). При таком разрезе трудно осуществить полноценную ревизию брюшной полости. Ревизия должна включать осмотр и пальпацию нижней поверхности диафрагмы, где могут располагаться мелкие опухолевые диссеминаты, пальпацию печени, желудка, латеральных каналов, сальника. Обязательно следует осуществить пальпацию парааортальных лимфатических узлов, являющихся первым этапом метастазирования злокачественных опухолей яичников. L. McJowan (1986)



19.4. Чревосечение при опухолях яичников (схема).

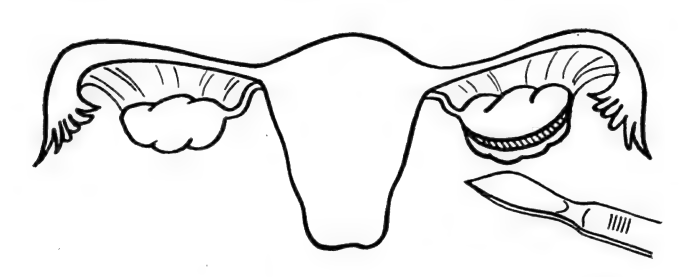
были исследованы возможности полноценной ревизии брюшной полости в зависимости от разреза у 291 больной раком яичников. Поперечный разрез был произведен акушерами-гинекологами и хирургами, но не онкогинекологами. Правильная оценка стадии была дана у 29% больных, которым был сделан пореречный разрез, и у 58% при продольном разрезе (рис. 19.4).

Обязательным условием полноценной ревизии брюшной полости является морфологическое (цитологическое, гистологическое) исследование материала, взятого на подозрительных в плане метастазирования участках. По данным S. C. Ballon и соавт. (1984), точность установления стадии процесса при применении морфологических методов повышается до 90,9%. Неправильное определение стадии во время лапаротомии является причиной выбора неадекватного объема операции в целом. Как правило, стадию занижают, вследствие чего выполняют менее радикальную операцию, чем необходимо, дополнительное лечение не назначают либо проводят по менее радикальной программе, чем следовало (лечебно-методические ошибки). Все это в конечном счете ухудшает прогноз заболевания.

При подозрении на метастатическое поражение парааортальных и подвздошных лимфатических узлов следует провести морфологическую верификацию. В случае его подтверждения рентгеноконтрастным материалом маркируют зону их расположения с целью создания оптимальных условий для проведения послеоперационной лучевой терапии. При наличии в брюшной полости экссудата его следует непременно направить на цитологическое исследование.

Обязательно проводят осмотр и пальпацию второго яичника. С целью исключения его поражения рекомендуется производить резекцию путем иссечения тонкой клиновидной пластинки по всей длине органа. При этом целесообразно произвести также соскоб с рассеченной поверхности для цитологического исследования. Такая процедура необходима в связи с тем, что частота поражения второго яичника при злокачественных опухолях яичников у больных молодого возраста достигает 25% (рис. 19.5). В отсутствие условий для выполнения срочного морфологического исследования должен быть получен необходимый материал для отсроченного изучения. Это поможет скорректировать в дальнейшем лечебную тактику.

При поперечном доступе невозможно произвести полноцен-



19.5. Резекция контралатерального яичника (схема).

ную резекцию большого сальника, очень важного хирургического этапа в лечении злокачественных опухолей яичников. Наконец, при больших размерах новообразований яичников могут возникнуть трудности при извлечении опухоли из брюшной полости, в результате чего возможно повреждение капсулы опухоли, нарушение ее целости, излитие содержимого опухоли в брюшную полость, в связи с чем создается опасность имплантационного метастазирования, а при муцинозном характере опухоли — развития псевдомиксомы брюшины. По этой же причине недопустима пункция опухоли до операции с целью уменьшения ее размеров для последующего удаления из «малого операционного разреза» (лечебно-методические ошибки).

В том случае, если имеется подозрение на злокачественный характер опухоли яичника, но при ревизии брюшной полости не получено данных о распространении процесса, то целесообразно произвести щадящую операцию — удаление новообразования или придатков с одной стороны. Окончательное решение вопроса о тактике в отношении второго яичника в отсутствие явных признаков его поражения злокачественной опухолью следует отложить до получения результатов планового морфологического исследования.

Злокачественные опухоли яичников являются одними из немногих злокачественных новообразований, при которых распространение процесса за пределы первичного очага не является противопоказанием к выполнению «уносящих» операций. Ошибкой следует считать отказ от оперативного вмешательства или выполнение только эксплоративной лапаротомии при III и даже IV стадии процесса (лечебно-методическая ошибка). Целью операции в таких случаях является максимальное удаление опухоли, а ее оптимальным объемом считается экстирпация или надвлагалищная ампутация матки с придатками и резекция большого сальника. Успех дальнейшего лечения в целом в известной степени зависит от размеров остаточной опухоли [Friedlander M. L., 1984]. Ошибкой является отказ от удаления большого сальника. Этот момент особенно важен при опухолях яичников эпителиального происхождения, так как метастазы в сальнике при подобной гистологической форме вы-

являют у 73,9% больных [Винокуров В. Л., Колосов А. Е., 1980].

При решении вопроса об объеме операции у больных с доброкачественными опухолями яичников и новообразованиями пограничного характера обязательно следует учитывать возраст и отягощенность анамнеза по злокачественным новообразованиям (особенно половых органов, молочной железы и толстой кишки). У молодых женщин допустимо выполнение органосохраняющих операций. У больных пре- и постменопаузального возраста целесообразно произвести двустороннее удаление придатков и матки [Vecchia C. L. et al., 1984]. Это связано с тем, что риск возникновения рака яичников у женщин, перенесших операции по поводу доброкачественных процессов половых органов, составляет от 8 до 20% [Demopoulos et al., 1979; Fettig O., 1985]. При отягощенном семейном анамнезе риск развития рака яичников возрастает в 160 раз, в связи с чем тем более показана профилактическая овариоэктомия у пожилых женщин [Franceschi S. et al., 1982].

Злокачественные опухоли яичников высокочувствительны к лекарственному лечению: частота эффективного лечения составляет от 40 до 60%. Однако при назначении химиотерапии возникает ряд довольно типичных ошибок лечебно-методического характера, одной из которых является назначение лекарственного лечения без морфологической верификации диагноза. В качестве примера такой ошибки приводим следующее наблюдение.

Больная К., 56 лет, обратилась в женскую консультацию в октябре 1984 г. с жалобами на чувство тяжести внизу живота, учащенное мочеиспускание, отеки нижних конечностей, слабость. Менопауза 3 года. У гинеколога была 10 лет тому назад, патологии половых органов обнаружено не было. Роды — 1, аборт — 1. При осмотре в малом тазе определяется бугристое малоподвижное образование плотноэластической консистенции, по размерам соответствующее 12—14-недельной беременности. Придатки и матка отдельно не дифференцируются. Установлен диагноз рака яичников. Никаких исследований для уточнения морфологического диагноза проведено не было. Больной проведено четыре курса лечения тиоТЭФ (по 200—220 мг), в результате которых, якобы, произошло некоторое уменьшение размеров опухолевого образования. Однако после окончания четвертого курса выявлена выраженная лейкопения, и в мае 1985 г. больная была направлена в МНИОИ им. П. А. Герцена для решения вопроса о дальнейшем лечении. При обследовании не удалось получить данных о морфологическом характере опухоли. В связи с этим больной выполнена операция, обнаружена множественная миома матки причудливой формы с частично межсвязочным расположением узлов. Яичники кистозно изменены. Гистологическое исследование: миома матки с отеком части узлов.

Таким образом, для проведения лекарственного лечения данной больной не было никаких оснований.

Другой ошибкой является проведение многократных курсов химиотерапии в течение длительного периода времени при небольшой опасности метастазирования (пограничные и высокодифференцированные формы рака, Iа стадия заболевания),

тем более что хорошо известны иммунодепрессивные свойства лекарственных противоопухолевых препаратов.

Ошибочным является мнение о бесперспективности активного лечения больных с распространенными злокачественными опухолями яичников. Даже в том случае, если невозможно вылечить больную со злокачественной опухолью яичников, противоопухолевая специфическая терапия может значительно продлить ее жизнь. В некоторых случаях, пытаясь провести как-будто малоперспективное лечение, устанавливают, что опухоль чувствительна к тем или иным противоопухолевым препаратам, поэтому не следует упускать такую возможность. Примером может служить следующее наблюдение.

Больная М., 27 лет. В апреле 1986 г. ей была произведена операция по поводу опухоли яичника. На операции обнаружен опухолевый конгломерат, выполняющий малый таз и включавший в себя оба опухолево-измененных яичника и матку. Имелись сосочковые разрастания по париетальной и висцеральной брюшине, в большом сальнике — крупные метастатические узлы. Установлен диагноз: рак яичников III стадии. Опухоль признана неоперабельной. Родственникам больной сообщено о плохом прогнозе. Женщина по собственной инициативе обратилась в МНИОИ им. П. А. Герцена. В связи с большими размерами опухолевого образования и его небольшой подвижностью решено провести химиотерапию: назначен тиоТЭФ в общей дозе 220 мг. В результате проведенного лечения опухолевый конгломерат уменьшился на 25%, появилась его подвижность. Учитывая благоприятный эффект от проведенного лечения и хорошее общее состояние больной, было решено предпринять повторную операцию, которая была выполнена через 3 нед после окончания курса химиотерапии. Произведены надвлагалищная ампутация матки с придатками и резекция большого сальника. При гистологическом исследовании опухоли яичника было установлено, что она имела строение серозной цистаденомы (пограничный тип). Хотя опухоль имела высокодифференцированный характер, однако наличие опухолевых диссеминатов на брюшине свидетельствовало о распространенном процессе (IIIв стадия по классификации FJGO) и сомнительном прогнозе. Это послужило основанием для назначения в послеоперационном периоде химиолучевого лечения. Проведена дистанционная гамма-терапия на область малого таза в дозе 45 Гр и брюшную полость (по «strip-technic») в дозе 36 Гр. В последующем больная получила три курса химиотерапии по схеме CMF. Лечение закончено в августе 1987 г. Женщина регулярно проходит обследование в поликлинике МНИОИ им. П. А. Герцена. Признаков рецидива заболевания и метастазирования не обнаружено.

Нецелесообразно пытаться провести химиотерапию лишь у истощенных больных с выраженной анемией. Дезинтоксикационная, общеукрепляющая, симптоматическая терапия в таких случаях более показаны, чем специфическое лекарственное лечение.

В последние годы при раке яичников начали широко применять полихимиотерапию. Однако токсическое влияние такого лечения может быть более выраженным, чем при использовании монохимиотерапии [DiSaia Ph. J., 1987]. В связи с этим выбор препарата, применение его как единственного агента или как компонента полихимиотерапии, длительность лечения должны определяться, с одной стороны, состоянием опухолевого процесса (стадия заболевания, степень дифференцировки и

гистологический характер опухоли, величина остаточной опухоли), а с другой — целевым назначением химиотерапии (предоперационная, послеоперационная, профилактическая, по поводу рецидива).

Нередко приходится наблюдать случаи, когда в течение длительного периода проводят лечение одним и тем же препаратом (лечебно-методическая ошибка). Между тем известно, что в процессе лекарственного лечения чувствительность опухоли постепенно снижается. В связи с этим при появлении клинических признаков резистентности к ранее эффективному препарату следует его заменить или провести полихимиотерапию.

Важным условием проведения химиотерапии является знание токсических проявлений, характеризующих каждый препарат. Это поможет врачу, с одной стороны, предотвратить эти осложнения (контроль за функцией тех или иных органов, наиболее опасные сроки развития осложнений, допустимые курсовые и разовые дозы), с другой — назначить правильную терапию при развитии токсических реакций.

В последние годы появились сообщения о возникновении злокачественных заболеваний крови, в частности лейкозов, после проведения химиотерапии, особенно при использовании алкилирующих соединений [Green M. H. et al., 1982; Littleton R. E., Homesley H. D., 1984]. Как правило, такие осложнения возникают при длительном (в течение многих лет) проведении химиотерапии.

Гранулоцитопения, обусловленная миелодепрессивным действием противоопухолевого лечения, может привести к развитию инфекционных осложнений. Клиническая картина при этом может быть стертой, что следует иметь в виду при появлении немотивированного повышения температуры тела [Schimpff S. C., 1977].

До последнего времени лучевую терапию мало использовали при злокачественных опухолях яичников. Однако в последние годы все шире обсуждается вопрос о целесообразности ее применения при этих заболеваниях, поэтому категорический отказ от лучевой терапии, который часто мотивируют малой чувствительностью железистой формы рака, необходимостью облучения больших объемов тела и опасностью развития осложнений, является ошибкой (лечебно-тактическая ошибка).

Основным критерием при выработке показаний к лучевой терапии является степень распространенности процесса. На основании этого в настоящее время лучевую терапию проводят при II и III стадии и небольших размерах остаточной опухоли (менее 2 см), локальном рецидиве заболевания.

Другим критерием является чувствительность опухоли к лучевому лечению в зависимости от ее гистологической формы. Наибольшей чувствительностью обладает дисгерминома яични-

ка, определенный эффект наблюдается при опухолях стромы полового тяжа. В связи с этим лучевую терапию при данных видах опухолей применяют более широко и в качестве самостоятельного метода, и в сочетании с химиотерапией.

Наконец, следует напомнить, что у больных со злокачественными опухолями яичников развивается выраженный эндотоксикоз. Проводимые лечебные мероприятия могут привести к его усилению как в связи с распадом опухоли, так и вследствие токсического влияния противоопухолевых средств. В связи с этим не следует забывать, что наряду со специфическим противоопухолевым лечением необходимо проводить активную дезинтоксикационную терапию, лечение, направленное на нормализацию функции сердечно-сосудистой, мочевыделительной системы, печени и т. д. Не следует умалять значение иммуностимулирующих средств. К сожалению, широко распространено мнение о возможном отрицательном влиянии на опухолевый процесс витаминов, в связи с чем последние не назначают.

В настоящее время получены убедительные данные о положительной роли витаминов.

Таким образом, лечение больных со злокачественными опухолями яичников должно быть комплексным. Наибольшее значение имеет хирургическое лечение, основная цель которого — максимальное удаление опухолевых масс до минимальных размеров остаточных опухолей (менее 2 см). Однако, принимая во внимание агрессивный характер злокачественных опухолей яичников, значительную распространенность процесса у большинства больных, обширность метастазирования, хирургическое вмешательство обязательно должно быть дополнено лекарственной и(или) лучевой терапией. Несоблюдение этого правила приводит к ухудшению результатов лечения.

Результаты лечения больных со злокачественными опухолями яичников остаются плохими: 5 лет и более живут меньше 30%.

В связи с этим данные больные, как правило, не возвращаются к труду, социальной жизни. Однако было бы ошибкой считать нетрудоспособными всех больных со злокачественными опухолями яичников, среди которых имеются и пациентки с ранними стадиями заболевания. Трудовая деятельность способствует не только социальной, но и более полноценной медицинской реабилитации.

В связи с разработкой методов щадящего лечения молодых больных со злокачественными опухолями яичников ранних стадий встает вопрос о возможности выполнения детородной функции. Безапелляционный отказ от нее у всех без исключения больных также является глубоко ошибочным. Дифференцированный подход, правильная оценка прогноза у этих больных — основа для семейной, медицинской и социальной реабилитации.

19.3. ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ

Увеличение частоты рака эндометрия в последние годы определяет актуальность вопросов диагностики и лечения этой патологии. Только в течение 70-х годов заболеваемость раком эндометрия увеличилась на 51% [Бохман Л. В., 1985]. Вместе с тем уровень ранней диагностики рака эндометрия остается неудовлетворительным. Так, при первичном обращении к врачу начальные стадии заболевания выявляют только у 18—22% больных.

Клиническая диагностика рака эндометрия представляет значительные трудности по объективным причинам: из-за недоступности органа для визуального осмотра, бессимптомности течения или отсутствия четких клинических проявлений, особенно в начальных стадиях заболевания у женщин в репродуктивном и пременопаузальном периодах.

Хотя 91,7% больных с ранними формами рака эндометрия предъявляют жалобы на кровянистые выделения из половых путей, тем не менее только у 50% из них этот симптом является патогномоничным для рака эндометрия. В связи с этим, несмотря на то что более половины больных обращаются к врачу в течение первого месяца, диагноз удается установить только у 29,2% [Шуваева Н. И., Ашрафян Л. А., 1984]. Такой низкий процент выявления рака эндометрия связан с тем, что у женщин репродуктивного периода признаками опухолевого поражения эндометрия могут быть межменструальные кровянистые выделения либо продолжительные менструации в виде скудных мажущих выделений, которые врачи расценивают как проявления дисфункциональных изменений в системе гипоталамус — гипофиз — яичники. В связи с этим они не стремятся к уточнению диагноза, нередко назначая при этом гормональное лечение без обследования. Примером может служить следующее наблюдение.

Больная Ч., 24 лет, в июле 1987 г. поступила в МНИОИ им. П. А. Герцена в связи с жалобами на обильные нерегулярные менструации. Из анамнеза: менархе в 12 лет, менструации нерегулярные через 50—70 дней, обильные, переходящие в кровотечения. Половая жизнь с 22 лет. Беременностей не было, не предохраняется. По поводу дисфункции яичников в течение 7 лет проводилось лечение бисекурином, неоднократно проводились гемотрансфузии в связи с низкими показателями гемоглобина после кровотечений. В мае 1987 г. после очередной менструации, перешедшей в кровотечение, произведено раздельное диагностическое выскабливание матки. При гистологическом исследовании соскоба из полости матки установлен железисто-плоскоклеточный рак. Произведена гистерография: контрастировались умеренно увеличенная в объеме полость матки и маточные трубы; контуры полости матки неровные, стенки ригидные. При цервикогистероскопии: полость матки практически полностью выполнена полиповидными разрастаниями, а также сероватыми крошащимися массами, отмечается выраженная кровоточивость.

Произведена расширенная экстирпация матки с придатками. Исследование макропрепарата: полость матки размером 4,5×3 см, в правом трубном углу имеются мелкие бугристые разрастания, продолжающиеся на дно и левый угол общим размером 5×1,2 см; канал шейки матки складчатый, без опухолевых изменений: в левом яичнике киста с гладкими стенками. Гистологическое исследование: высокодифференцированная аденокарцинома, в основном с экзофитным ростом в виде полиповидных образований, инфильтративный рост в мышцу не глубже 1 мм. Общая толщина раковых разрастаний составляет примерно $^1/_5$ толщины миометрия. Раковые разрастания определяются на дне, в трубных углах и на протяжении 1 см по стенке матки. Остальная слизистая оболочка матки в состоянии железистой гиперплазии, ближе к раковым разрастаниям встречаются очаги атипической гиперплазии. Слизистая оболочка внутреннего зева и средней части канала шейки матки без особенностей. В его нижней части и в области наружного зева отмечаются пролиферация резервных клеток и участок дисплазии I—II степени. В лимфатических узлах параметральной клетчатки с обеих сторон синус-гистиоцитоз, метастазы не обнаружены.

Как видно из приведенного наблюдения, у молодой женщины на фоне длительно существовавшей дисфункции системы гипоталамус — гипофиз — яичники развился рак эндометрия, в связи с чем потребовалось выполнить калечащую операцию. В то же время при микроскопическом изучении удаленного препарата обнаружены все стадии пролиферативного процесса: железистая гиперплазия, атипическая гиперплазия и, наконец, рак. В связи с этим можно предположить, что при своевременной ревизии полости матки процесс мог бы быть установлен в фазе предопухолевых изменений (например, атипической гиперплазии) и лечение ограничилось бы консервативными, щадящими методами (гормонотерапия). Диагностические ошибки, отмеченные в этом наблюдении, можно отнести к категории организационных субъективного характера.

Диагностические ошибки субъективного характера при выявлении рака эндометрия у женщин в пременопаузальном периоде обусловлены неправильной оценкой кровянистых выделений из половых путей, которые считают только следствием климактерической дисфункции. В связи с этим данные больные, так же как и пациентки репродуктивного возраста, нуждаются в особом внимании и проведении углубленной диагностики.

У большинства женщин, находящихся в постменопаузе, появление кровянистых выделений из половых путей служит признаком рака эндометрия и обычно побуждает врача провести целенаправленное обследование. Однако немалая часть таких больных обращаются к врачу с опозданием, когда процесс у них достаточно распространен. Это связано в какой-то мере с недостаточной санитарно-просветительной работой среди населения и неполным охватом пенсионеров и неработающих профилактическими осмотрами (организационные ошибки). В преодолении этих ошибок — потенциальные возможности улучшения ранней диагностики рака эндометрия.

Известно, что миома матки иногда предшествует карциноме эндометрия или сочетается с ней [Волкова А. Т. и др.,

1980]. По данным В. Т. Ткешелашвили (1981), рак эндометрия был обнаружен у 47% больных с миомой матки. Однако при нарушении менструальной функции или атипичных кровянистых выделениях из половых путей у больных с миомой матки этот факт нередко не принимают во внимание и не рассматривают как повод для углубленного обследования с целью выявления или исключения возможного злокачественного процесса (диагностическая ошибка субъективного характера). Это отдаляет своевременную диагностику рака эндометрия. В качестве иллюстрации приводим следующее наблюдение.

Больная Щ., 56 лет, поступила в отделение онкогинекологии МНИОИ им. П. А. Герцена 2.10.86 г. в связи с жалобами на кровянистые выделения из половых путей. Менструации с 12 лет, установились сразу по 5 дней, через 25—26 дней, регулярные, обильные. Менопауза с 1985 г. Роды — 1, абортов — 3. С 1979 г. отмечает ациклические кровянистые выделения из половых путей, по поводу чего обращалась к гинекологу по месту жительства. В 1980 г. выявлена фибромиома тела матки, соответствующая 6—7 нед беременности. Проводилось лечение метилтестостероном вплоть до 1984 г. включительно, однако кровянистые выделения периодически возобновлялись. В мае 1986 г. по этому поводу вновь обратилась к гинекологу, но раздельное диагностическое выскабливание произведено лишь в августе 1986 г. При гистологическом исследовании, проведенном в институте, выявлена высокодифференцированная аденокарцинома эндометрия. Выполнена экстирпация матки с придатками. При микроскопическом исследовании препарата на фоне атрофии эндометрия обнаружена высокодифференцированная аденокарцинома с признаками слизеобразования и глубиной инвазии до 1,5 см, эндометриоз и лейомиома тела матки, а в яичниках — белые тела и очаговый текаматоз.

Таким образом, у данной больной выявлен рак эндометрия с достаточно глубоким прорастанием в мышцу, что является неблагоприятным прогностическим признаком. Если бы диагностическое выскабливание было произведено своевременно, заболевание могло бы быть выявлено в более ранней стадии.

Доступным и чрезвычайно информативным методом первичной диагностики является цитологическое исследование содержимого полости матки, полученного путем аспирации. Однако, если результативность этого метода при распространенном раке составляет 81—98%, то при ранних формах поражения эндометрия возникают определенные трудности [Вехова Л. И. и др., 1979]. При этом полиморфизм клеток и ядер слабо выражен, что усложняет правильную цитологическую оценку. Кроме того, имеет значение и количество материала, полученного при аспирации. При небольшом поражении, как правило, удается получить мало материала. Наконец, из-за сопутствующего злокачественному процессу гиперпластического фона окружающей слизистой оболочки возникают сложности в разграничении признаков высокодифференцированной аденокарциномы, атипической гиперплазии, полипоза и железистой гиперплазии (диагностические ошибки объективного характера). По данным Л. А. Ашрафяна (1982), при однократном цитологическом исследовании злокачественный процесс выявляют

только у 31,6% больных. Повторное исследование новых порций аспирата из полости матки позволяет увеличить выявляемость рака эндометрия до 54,6% даже в ранних стадиях его развития.

Морфологическое исследование соскоба из полости матки является окончательным этапом установления характера поражения эндометрия. Однако его точность во многом зависит от того, насколько тщательно выполнено диагностическое выскабливание. Так, в начальных стадиях рака поражение носит локализованный характер и чаще отмечается в области дна и трубных углов. Эти факторы влияют на результативность морфологического исследования (диагностические ошибки объективного характера). Как показали исследования Л. А. Ашрафяна (1982), первичное диагностическое выскабливание в таких случаях позволяет установить морфологический диагноз у 74,2% больных. Информативность исследования прямо пропорциональна площади поражения эндометрия: от 77,8% точных заключений при поражении менее $^1/_4$ всей площади эндометрия до 100% при обширном распространении опухоли. В связи с этим необходимо прибегать к повторным и неоднократным диагностическим выскабливаниям, в противном случае увеличивается вероятность ошибки. В качестве иллюстрации приводим следующее наблюдение.

Больная К., 63 лет, поступила в отделение онкогинекологии МНИОИ им. П. А. Герцена в июне 1987 г. в связи с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, которые появились в декабре 1986 г. после 14 лет менопаузы. По месту жительства проводилась гемостатическая терапия. В марте 1987 г. по поводу повторившегося кровотечения произведено диагностическое выскабливание полости матки. Гистологически: атрофия эндометрия, опухолевого поражения не обнаружено. Кровянистые выделения продолжались, и больная обратилась в МНИОИ им. П. А. Герцена. При осмотре в зеркалах слизистая оболочка влагалища и шейки матки не изменена. При бимануальном исследовании: шейка матки небольшая, укорочена, обычной плотности; тело матки маленькое и относительно подвижное, придатки не пальпируются. Параметральное пространство, прямокишечно-влагалищное углубление свободны. Гистерография: полость матки средних размеров, обычной конфигурации. В области левого трубного угла дефект наполнения полуовальной формы размером 2,5×1 см с нечеткими, как бы изъеденными контурами. Маточные трубы не контрастируются. Канал шейки матки без изменений. Произведено раздельное диагностическое выскабливание матки с тщательной ревизией области левого трубного угла матки. При гистологическом исследовании выявлена высокодифференцированная аденокарцинома. Произведена экстирпация матки с придатками. Гистологическое исследование препарата матки: на фоне гипопластического смешанного эндометрия с поверхностным эндометриозом высокодифференцированная аденокарцинома с преимущественно экзофитным ростом и инфильтрацией стенки на глубину до 3,5 см, что больше $^1/_3$ мышечной стенки.

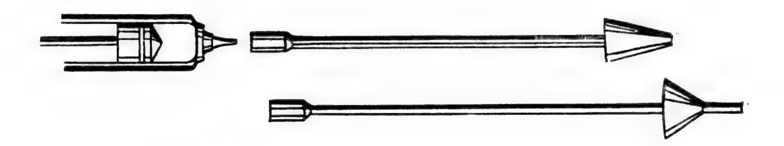
Как видно из приведенного наблюдения, у больной был рак эндометрия в начальной стадии на фоне его атрофических изменений. Первичное диагностическое выскабливание, произведенное «вслепую», без предварительной визуализации поражения, оказалось неинформативным. Это наблюдение является

примером диагностической ошибки субъективного характера.

Нередкой ошибкой при выполнении диагностического выскабливания матки является нарушение условия его поэтапного выполнения. В связи с этим не происходит дифференцированной оценки состояния слизистой оболочки канала шейки матки (субъективная диагностическая ошибка). В результате этого при планировании лечения невозможно решить принципиальный вопрос: первоначально опухоль образовалась в канале шейки матки, а затем распространилась на тело матки или наоборот либо канал шейки матки вообще не поражен. В связи с этим возникает необходимость в проведении дополнительных исследований, что приводит к задержке начала лечения, а также является дополнительной психологической нагрузкой для больной. Вследствие этого диагностическое выскабливание матки во всех случаях независимо от предполагаемого диагноза следует выполнять раздельно. Кроме того, с целью уменьшения количества ошибок при диагностическом выскабливании целесообразно перед ним произвести гистероскопию. По данным Г. М. Савельевой (1981), при выполнении диагностического выскабливания матки без предварительной гистероскопии ошибочные заключения отмечены у каждой второй больной. Гистероскопия позволяет производить прицельную биопсию эндометрия. По сведениям А. А. Ашрафяна (1982), выявляемость ранних форм рака эндометрия при использовании гистероскопии составила 94,4%.

Вместе с тем необходимо помнить о возможных осложнениях и неудобствах, возникающих при использовании жестких гистероскопов [Lindeman H. S., 1979]. По данным Г. Н. Перфилеевой и соавт. (1983), из-за их конструктивного несовершенства ложноотрицательные результаты при раке эндометрия получены у 10% больных (диагностические ошибки объективного характера). Существует также опасность перфорации в области перешейка и дна матки [Jsrael R., March C. M., 1984]. Во избежание подобных осложнений разработана методика фиброцервикогистероскопии с помощью гибкого фиброоптического эндоскопа [Мкртчян А. А. и др., 1987]. Тем не менее гистероскопия может осложниться травматическим повреждением матки, возникновением или обострением воспалительного процесса половых органов [Бреусенко В. Г., Орисакве Ч., 1982]. Плановую гистероскопию следует проводить после клинического обследования больных и исключения воспалительного процесса в половых органах. В случае обнаружения последнего показано проведение комплексного противовоспалительного лечения с санацией влагалища.

С целью установления топического диагноза и границ распространения рака в пределах матки большое значение имеет гистерография. При выраженном опухолевом процессе точность метода достигает 92—95%. Однако в ранних стадиях рака эндометрия, характеризующихся небольшим первичным очагом,



19.6. Наконечник для выполнения гистерографии.

отсутствием деформации полости матки, практически нормальным ее объемом, традиционное исследование с масляными контрастными препаратами позволяет установить диагноз заболевания не более чем у 50% больных [Шнирельман А. И., 1982] (диагностические ошибки объективного характера). Кроме того, диагностические ошибки при выполнении гистерографии могут носить и субъективный характер. Так, например, при локализации опухоли преимущественно на передней или задней стенке она может стать краеобразующей только в боковой либо косой проекции и оказаться невыявленной на прямой рентгенограмме. В связи с этим исследование рекомендуется начинать с рентгеноскопии, что позволяет использовать атипичные оптимальные проекции. Ограниченные по протяженности инфильтративные процессы выявляются с особым трудом, и точность распознавания при этом достигается рентгеноскопическим контролем при максимальном дифрагмировании поля.

Одной из возможных ошибок при выполнении гистерографии может быть применение наконечника Брауна. При такой методике контрастное вещество может вытекать из канала шейки матки, вследствие чего не удается добиться тугого наполнения полости матки. В связи с этим необходимо пользоваться специальным наконечником с конусовидным обтуратором (рис. 19.6). Одной из субъективных диагностических ошибок является отказ от выполнения гистерографии из-за боязни диссеминации опухолевого процесса или при наличии кровянистых выделений. P. Schilavtz и соавт. (1975) показали, что гистерография не приводит к увеличению частоты метастазов, а наличие кровянистых выделений из влагалища не снижает качество исследования и не способствует возникновению осложнений.

Отсутствие сведений о границах распространения опухоли, в частности в полости матки, вовлечении в патологический процесс канала шейки матки затрудняет выбор оптимального объема операции, что может отразиться на дальнейшем течении заболевания и прогнозе.

Высокая вязкость жирорастворимых контрастных веществ является одной из причин недостаточной визуализации начальных изменений при раке эндометрия (объективная диагностическая ошибка). Применение водорастворимых контрастных веществ позволило повысить эффективность выявления начального рака эндометрия до 54,8%, а использование двойного

контрастирования — до 72,8% [Шуваева Н. И., Ашрафян Л. А., 1984].

Следует рассмотреть ситуацию, когда при цитологическом исследовании аспирата из полости матки выявляют клетки аденокарциномы, но при дальнейшей уточняющей диагностике, включая гистероскопию, гистерографию, диагностическое выскабливание, патологии эндометрия не обнаруживают. В этом случае не следует забывать о возможном раке маточной трубы, даже если результаты гистерографии не подтверждают его наличие. В таких случаях целесообразно предпринимать диагностическую лапаротомию.

Результаты лечения больных раком эндометрия определяются рядом факторов, характеризующих особенности самой опухоли и организма в целом. Важное значение имеет уточняющая диагностика, и эти факторы должны быть учтены при выборе метода лечения. Как показывает анализ данных литературы, при хирургическом или комбинированном лечении отмечается более высокая 5-летняя выживаемость больных раком эндометрия, чем при лучевом [Koffmeier H. H., 1982]. Известно, что часть больных раком эндометрия составляют женщины пожилого возраста с выраженными сопутствующими заболеваниями. Однако в отсутствие прямых противопоказаний пожилой возраст не должен являться причиной отказа от хирургического вмешательства у таких больных.

Очень важным лечебно-тактическим моментом при раке эндометрия является выбор оптимального объема хирургического вмешательства. Последний может быть определен только после уточнения гистологической формы опухоли и степени ее дифференцировки, локализации и площади поражения, наличия и локализации метастазов. Игнорирование указанных выше факторов прогноза приводит к выбору неадекватного объема операции и ухудшению результатов лечения (субъективные лечебно-тактические ошибки).

В настоящее время при раке эндометрия, как известно, применяют три вида операций: простую экстирпацию матки с придатками, расширенную экстирпацию матки с придатками и лимфаденэктомию. Для каждой из них разработаны свои показания, которые должны быть учтены. Излишнее расширение объема операции в тех случаях, когда нет обоснованных показаний, не улучшает результатов лечения, но увеличивает количество осложнений [Вехова Л. И. и др., 1981]. В то же время недооценка факторов онкологического прогноза (низкая дифференцировка опухоли, распространение ее на шейку матки, метастазы в яичниках, глубокая инвазия миометрия) приводит к неоправданному занижению объема операции, например производят простую, а не расширенную или модифицированную операцию (субъективные лечебно-тактические ошибки). Следует подчеркнуть, что в случае метастатического поражения яичника при раке эндометрия необходима резекция большого

сальника, так как в этом случае дальнейшее метастазирование происходит аналогично таковому при первичном раке яичника. В связи с этим до операции желательно точно знать степень распространенности опухолевого процесса, чтобы быть готовым выполнить операцию соответствующего объема.

Как уже отмечалось, рак эндометрия нередко встречается при миоме матки. Если своевременно не проводят морфологическую верификацию диагноза, то может быть произведена запоздалая надвлагалищная ампутация матки с придатками или без них, а при послеоперационном исследовании удаленного препарата выявляется рак эндометрия (лечебно-тактическая ошибка субъективного характера). В результате требуется повторное оперативное вмешательство. В качестве примера приводим следующее наблюдение.

Больная Т., 45 лет, поступила в МНИОИ им. П. А. Герцена в 1987 г. В течение 7 лет наблюдалась по поводу миомы матки, соответствующей 7—8 нед беременности. В течение последнего года отмечен рост опухоли до 14—15 нед беременности. Менструальный цикл сохранен, отмечает лишь мажущие кровянистые выделения еще спустя 3—4 дня после окончания менструации. При осмотре: шейка матки цилиндрической формы, слизистая оболочка не изменена. Матка увеличена до 14—15 нед беременности, плотная, с множественными узлами, подвижная. Придатки не определяются. Параметриальное пространство и прямокишечно-влагалищное углубление свободны. Предоперационный диагноз: множественная миома матки. Выполнена надвлагалищная ампутация матки без придатков. Макропрепарат: матка со множественными интерстициальными и субсерозными узлами, в области дна и по задней стенке, не доходя 1 см до внутреннего зева, имеются экзофитные разрастания. При гистологическом исследовании: высокодифференцированная аденокарцинома эндометрия с инвазией в мышцу на 0,5 см. Множественные лейомиомы матки.

Как видно из данного наблюдения, была допущена грубая диагностическая ошибка в связи с неполным обследованием больной — не были произведены гистерография и раздельное диагностическое выскабливание. В результате этого был установлен ошибочный диагноз и, как следствие, выбрана неправильная тактика лечения — неадекватный объем операции, в связи с чем была необходима повторная операция с целью экстирпации шейки матки и удаления придатков. В данном наблюдении мы имеем дело с двумя видами ошибок: диагностической и лечебно-тактической. Характер этих ошибок субъективен.

Выше упоминалось о ведущей роли оперативного вмешательства в лечении рака эндометрия, которое применяют как самостоятельный метод, так и в комбинации с лучевой терапией. Исключение составляют распространенные стадии заболевания с вовлечением в опухолевый процесс клетчатки малого таза и влагалища (IIIб стадия по отечественной классификации 1985 г., T3 по системе TNM), когда возможна только лучевая терапия. Применение лучевой терапии целесообразно также при противопоказаниях к хирургическому лечению. Од-

ним из условий подведения достаточной дозы лучистой энергии является использование шаровидных источников, благодаря которым достигается равномерное облучение всех участков эндометрия.

Применение источников линейного типа не удовлетворяет этим требованиям и является ошибкой. Подобного рода ошибки относятся к лечебно-методическим.

При планировании специального адъювантного лечения после операции очень важен подробный морфологический диагноз с отображением в нем всех основных факторов онкологического прогноза, включая гистологическую форму опухоли, степень ее дифференцировки, глубину инвазии опухоли в миометрий, наличие эмболии опухолевыми клетками лимфатических и кровеносных сосудов, распространения на канал шейки матки. Все эти факторы должны быть рассмотрены и учтены при определении дальнейшего лечения. Так, например, при прорастании более $1/3$ миометрия (Iв стадия) целесообразно назначать лучевое лечение в виде дистанционной гамма-терапии. При вовлечении в процесс внутреннего зева или канала шейки матки показано проведение сочетанно-лучевой терапии.

В последние два десятилетия при раке эндометрия широко применяют гормонотерапию. Это позволило улучшить результаты лечения, в ряде случаев исключить лучевую терапию как этап комбинированного лечения, значительно увеличить продолжительность жизни больных распространенным раком эндометрия. Более того, с помощью самостоятельной гормонотерапии удается добиться полного излечения молодых больных с самыми начальными стадиями заболевания.

Однако проведение гормонотерапии требует соблюдения ряда условий, игнорирование которых приводит к лечебно-методическим ошибкам и сводит на нет результаты лечения. Применение гормонотерапии в предоперационном периоде имеет целью определение чувствительности опухоли. Как показали результаты исследования Л. И. Веховой и соавт. (1983), при дозе 17-ОПК 10,0 чувствительными оказались 52% опухолей, а при дозе 20,0 — 85%. Таким образом, применение 17-ОПК в меньшей дозе может привести к неправильной оценке чувствительности опухоли. Далее, интенсивность лечения также имеет значение. Проведение гормонотерапии в растянутом режиме является ошибкой. Предоперационная терапия должна быть закончена в течение 3—4 нед. Кроме того, чувствительность рака эндометрия к гормональному лечению зависит от степени дифференцировки опухоли. Низкодифференцированные опухоли малочувствительны к 17-ОПК, поэтому в этих случаях назначение последнего нецелесообразно.

Учитывая большие дозы и длительность введения препаратов, необходимо соблюдать технические условия при выполнении инъекций. Введение неподогретого масляного раствора,

каковым является 17-ОПК, может явиться причиной образования инфильтратов и абсцессов.

Сроки проведения гормонотерапии в послеоперационном периоде определяются наиболее опасным временем возникновения рецидивов и метастазов. Как правило, продолжительность такого периода 2 года, поэтому гормонотерапию должна проводить не менее 24 мес. Уменьшение длительности этого периода является ошибкой. Гормонотерапию у больных метастатическим раком эндометрия (T12N12M1) необходимо проводить на протяжении всей оставшейся жизни. Лишь дозы препаратов следует регулировать в зависимости от результатов динамического наблюдения и положительной или отрицательной динамики. Прекращение гормонального лечения при кажущемся излечении, как правило, приводит к возобновлению роста метастазов и появлению новых клинических признаков заболевания.

Обычно гормональное лечение не вызывает серьезных осложнений. Однако у части больных (6%) иногда наблюдаются побочные реакции в виде крапивницы, кожного зуда, болей в области сердца, бронхиального спазма [Шуваева Н. И. и др., 1981].

При возникновении этих реакций необходимо отменить лечение и провести активную десенсибилизирующию терапию. Гормонотерапия 17-ОПК может явиться причиной нарушений в свертывающей системе крови. Принимая во внимание длительность и массивность лечения, его следует проводить под контролем протромбинового индекса и свертываемости крови.

При диспансерном наблюдении за больными раком эндометрия после проведенного лечения следует помнить о наиболее частой локализации метастазов — влагалище (27% больных) и легкие (1,7—17%) [Бохман Я. В., 1976; Рыбакова Н. И., 1978].

В связи с этим необходим рентгенологический контроль органов грудной клетки не реже 1 раза в год. При гинекологическом осмотре особое внимание следует обращать на состояние влагалища и параметральной клетчатки. При своевременном выявлении метастазов сохраняется надежда на их успешное лечение и ремиссию заболевания.

В заключение следует отметить, что показатели устойчивого излечения больных раком эндометрия, особенно начальных стадий, достаточно высоки. Значительное число больных — женщины трудоспособного возраста, поэтому есть все предпосылки для того, чтобы они вернулись к своей привычной трудовой деятельности.

Это обстоятельство имеет огромное значение в социальной и психической реабилитации женщин, прошедших радикальное лечение по поводу рака эндометрия. Попытки ограничить их трудовую деятельность являются ошибкой.

ГЛАВА 20

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ МОЧЕПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

20.1. ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ РАКА ПОЧКИ

Около 50% больных раком почки поступают в стационар в III—IV стадии заболевания. Столь поздняя госпитализация большого числа больных связана со значительным количеством ошибок, допускаемых медицинскими работниками на различных этапах обследования больного, причем ошибки возникают не столько из-за низкой квалификации врачей, сколько из-за особенностей клинического течения опухоли. При раке почки нельзя говорить о ранних и поздних симптомах заболевания, поскольку так называемые ранние симптомы могут отмечаться у больных с далеко зашедшим опухолевым процессом и, наоборот, поздние симптомы могут наблюдаться при небольшой опухоли почки. Из 450 наблюдавшихся нами больных у 23 (5,1%) диагноз установлен случайно, при прохождении обследования для поездки в санатории и дома отдыха, а у 123 больных заболевание было выявлено по уже имевшимся метастазам.

При анализе времени, прошедшего от начала заболевания до обращения к врачу (табл. 20.1), установлено, что в первые 3 мес обследование у специалиста прошли 81,7% заболевших, а остальные не придавали значения появившимся симптомам заболевания, т. е. 18,3% больных своевременно не обратились за врачебной помощью.

Таблица 20.1

Период времени от начала заболевания до обращения к врачу

	До 3 мес	До 6 мес	До 1 года	От 1 года до 1,5 лет	До 2 лет	Свыше 2 лет	Всего
Число больных	232 (81,7%)	18 (6,3%)	21 (7,3%)	5 (1,7%)	5 (1,7%)	4 (1,3%)	285 (100%)

При оценке периода времени от обращения к врачу до установления диагноза (табл. 20.2) было выявлено, что в первые 3 мес правильный диагноз установлен только у 55,7% больных и в течение 1 года — у 82,1% больных.

Таким образом, основной причиной поздней госпитализации больных являются диагностические ошибки, допускаемые при их обследовании в поликлинике.

Таблица 20.2

Период времени от первичного обращения к врачу до установления диагноза

	До 3 мес	До 6 мес	До 1 года	От 1 года до 1,5 лет	До 2 лет	Свыше 2 лет	Всего
Число больных	159 (55,7%)	39 (13,6%)	36 (12,8%)	11 (3,1%)	10 (3,5%)	30 (10,5%)	285 (100%)

До установления истинного диагноза больных лечили по поводу различных предполагаемых заболеваний (табл. 20.3).

При первичном обращении в поликлинику чаще всего устанавливали диагноз гриппа, однако в процессе обследования его меняли на один из приведенных в табл. 20.3. Основное число больных первоначально обращаются к терапевту, в связи с чем нередко рак почки называют «болезнь интернистов». Нельзя утверждать, что установленный неправильный диагноз в каждом случае не обоснован. При анализе ошибок, допущенных при первичном обращении больных к врачу, установлено, что неправильная диагностика была связана с многообразием клинических проявлений опухолевого процесса. Сам по себе перечень заболеваний, которые диагностировали вместо рака почки (см. табл. 20.3), свидетельствует о том, насколько не-

Таблица 20.3

Первоначально ошибочно установленные диагнозы у больных раком почки

Заболевание	Число больных
Радикулит	23
Пневмония	20
Туберкулез легких	17
Гипертоническая болезнь	16
Почечнокаменная болезнь	16
Холецистит	14
Плексит, межреберная невралгия	12
Рак легкого	10
Эритремия	8
Полиартрит	7
Ревмокардит	6
Анемия	6
Спленомегалия	5
Опущение почки	4
Цистит	4
Туберкулез почки	3
Плеврит	4
Миокардит	3
Нефрит	2
Другие	26

предсказуемо вначале развитие болезни. В каждом конкретном случае опухоль почки протекала настолько своеобразно, что перечисленные выше ошибочные диагнозы были в какой-то степени обоснованны.

Первый, поликлинический этап обследования больных наиболее ответственный, и именно большим количеством ошибок, возникающих на этих этапах, объясняется тот факт, что почти половина больных поступают в стационар в III и IV стадии заболевания. Получается громадный разрыв между квалификацией врача и современными техническими возможностями установления правильного диагноза. По нашему мнению, для того чтобы избежать ошибок или свести их к минимуму, необходимо в повседневной работе врача поликлиники не забывать следующие требования: 1) если не все симптомы заболевания, выявленные у больного, «укладываются» в установленный диагноз, то необходимо продолжить обследование, несмотря на улучшение состояния больного от проводимого лечения; 2) если в процессе лечения не все симптомы заболевания ликвидированы, то целесообразно через 3—4 нед повторить обследование больного в большем объеме.

В том случае, если возникает подозрение на опухоль почки, то больного направляют к урологу и проводят специальное исследование мочевыделительной системы. Если исследование проводят правильно, то частота ошибок в диагностике составляет 2—5%. Однако в практической деятельности процент ошибок значительно выше. Это чаще всего связано с тем, что обследовавший больного врач порой необоснованно полагается на какой-то один метод диагностики, игнорируя результаты других исследований. Например, по нашим данным, с помощью экскреторной урографии получить определенную информацию в пользу рака почки удалось только у 63% обследованных больных, т. е., если бы диагноз основывался только на результатах урографии, ошибка была бы допущена у 37% больных.

С целью диагностики рака почки широко применяют ангиографию. Это достаточно информативный метод исследования. Из 282 больных, направленных на ангиографию в связи с подозрением на опухоль, только у 130 (46%) выявлен рак почки, у 72 — норма, у 19 — киста почки, у 6 — гидронефроз, у 8 — сморщенная почка, у 11 — пиелонефрит, у 10 — нефроптоз и т. д. Как видно из приведенных данных, предположительный диагноз рака почки подтвердился только у 46% обследованных больных. При дальнейшем обследовании и хирургическом лечении установлено, что при ангиографии допущена ложноотрицательная ошибка у 5,2% больных. Практически все ошибки были связаны с неправильной интерпретацией ангиограмм, особенно при аваскулярных образованиях.

Выявление при ангиографии аваскулярного образования служит абсолютным показанием к применению других методов диагностики — рентгеновской и ультразвуковой компьютерной

томографии. Если при этом решаются все неясные вопросы диагностики, то в таком случае можно полагаться на результаты исследования. Однако на практике при интерпретации полученных данных даже при использовании основных методов диагностики встречаются ситуации, вызывающие «неудовлетворенность» специалистов. Например, при ангиографии выявлено аваскулярное образование, которое трактуется как киста.

С целью уточнения диагноза выполняют рентгеновскую компьютерную томографию. Выявлено объемное образование, содержащее жидкость, однако по плотности оно не совсем соответствует плотности воды. Аналогичные данные получены при ультразвуковом исследовании. В подобной ситуации показана пункция подозреваемой кисты. Благодаря применению пункции мы у 3 больных избежали ошибок. С целью иллюстрации сложностей диагностики приведем краткую выписку из истории болезни.

Больная К., 30 лет, переведена в ВОНЦ АМН СССР из урологического отделения городской больницы в связи с подозрением на опухоль почки. При поступлении жалоб не предъявляет. Из анамнеза установлено, что 3 нед тому назад появились острые боли в левой половине поясницы, в связи с чем была госпитализирована с диагнозом «почечная колика». В клинике проведено детальное обследование. При ультразвуковом исследовании в верхнем полюсе левой почки определено опухолевое образование округлой формы и неоднородной структуры диаметром 5 см. Диагноз не ясен. При рентгеновской компьютерной томографии выявлено образование с четкими контурами размером 3,8×4,9 см жировой плотности с неоднородными включениями. Заключение специалиста: полученные данные могут соответствовать липоме почки, липосаркоме и ангиомиолипоме. Аналогичное заключение сделано на основании результатов ангиографии (рис. 20.1). Пункцию этого образования произвести не удалось. Выполнена операция — резекция почки. При осмотре макропрепарата выявлена гематома, в полости которой была плотная опухоль. Гистологическое заключение: ангиомиолипома.

Таким образом, как видно из приведенного наблюдения, все современные методы диагностики были не в состоянии помочь установить характер новообразования. Только морфологическое исследование позволило установить правильный диагноз.

После внедрения в практику рентгеновской компьютерной томографии процент допускаемых ошибок значительно снизился. Из 145 больных, у которых была заподозрена опухоль почки, при компьютерной томографии рак почки обнаружен только у 78 (54%), а у остальных больных — другие заболевания, в том числе: у 17 — солитарная киста, у 12 — поликистоз, у 14 — камень почки, у 9 — пиелонефрит. Ошибочный диагноз был установлен у одного больного в связи с неправильной трактовкой полученных данных рентгенологом. Следует обратить внимание на высокую частоту выявления неопухолевых заболеваний (при ангиографии — 54% и компьютерной томографии — 46%) у больных, направляемых на обследование в

связи с подозрением на рак почки, а ведь перед обследованием их осматривали специалисты. Это является еще одним свидетельством того, насколько трудно даже квалифицированному специалисту избежать ошибки при предварительном осмотре без специального исследования.

Ультразвуковое исследование почек — довольно информативный метод диагностики при подозрении на опухоль, который широко применяют в условиях поликлиники и стационара. Правильный диагноз на основании результатов ультразвуковой томографии был установлен у 92,3% обследованных больных. Ошибки в диагностике были допущены у больных с небольшими опухолевыми поражениями (до 4 см в диаметре) и распадом внутри новообразования. Естественно, в подобных случаях необходимо продолжить обследование.

Как видно из приведенных выше данных, вероятность ошибок при диагностике рака почки существует на всех этапах обследования больного. Условием, позволяющим уменьшить степень этой вероятности, является комплексное современное обследование с оценкой полученных данных в совокупности. При установлении диагноза опухоли необходимо провести более полное обследование с целью установления степени распространенности опухолевого процесса, при этом исследуют места наиболее вероятного метастазирования — легкие, печень, кости, регионарные лимфатические узлы, почечная и нижняя полая вена.

Судить об ошибках в определении отдаленного метастазирования достаточно объективно вообще невозможно. Так, например, проведенное до операции рентгенологическое исследование показало отсутствие метастазов, но через 1—2 мес при контрольном исследовании их выявляют. Как оценить данную ситуацию. Метастазы были просмотрены, находились за пределами диагностических возможностей или появились после операции? По данным Нью-Йоркского университета, у 30—50% больных с, казалось бы, локализованным опухолевым процессом после нефрэктомии обнаруживают метастазы [Golimbu M. et al., 1986]. Мы считаем, если метастазы выявлены в первые 2—3 мес после операции, значит, они не были своевременно обнаружены. Ошибка это или следствие того, что существуют пределы возможностей современных методов диагностики, утверждать трудно, однако нужно знать, что определение метастазов величиной до 1—2 см находится за пределами таких возможностей.

Метастазы в печени могут быть хорошо визуализированы при ангиографии, рентгеновской и ультразвуковой компьютерной томографии, тем не менее частота возникающих при этом ошибок доходит до 15—20%. Ошибки при ангиографии определяются характером васкуляризации опухоли. Аваскулярные новообразования практически не выявляются, за исключением больших образований, которые можно определить по косвен-

ным признакам, например при обнаружении раздвинутых ветвей печеночной артерии.

Результаты рентгеновской и ультразвуковой компьютерной томографии во многом зависят от плотности образования, поэтому, если плотность печени и метастаза будет одинаковой, последний практически невозможно выявить, даже если он достигнет больших размеров. По данным о состоянии регионарных лимфатических узлов можно судить только об их величине, и то не всегда, так как по плотности лимфатические узлы иногда неотличимы от окружающих тканей, что также затрудняет оценку изменений в зоне исследования. В отдельных случаях с помощью прямой лимфографии можно определить структуру узла. Отсутствие соответствия между величиной лимфатических узлов и их гистологической структурой является одной из причин допускаемых ошибок. Однако гипертрофия лимфтических узлов может быть не только следствием метастатического поражения, но и обычного воспалительного процесса. В целом частота ошибок при применении различных методов диагностики с целью оценки состояния лимфатических узлов достигает 26—46%.

Наличие опухолевого тромба в венах хорошо определяется при флебографии и особенно при использовании ядерно-магнитного резонанса. При этом допускаются ошибки не в выявлении самого тромба, а в оценке его величины, подвижности и прорастания сосудистой стенки, что особенно важно знать при планировании оперативного вмешательства.

Метастазы в костях выявляют при рентгенографии, а также при сканировании скелета. На обычных рентгенограммах дефекты костной ткани определяются только при разрушении ее более чем на 40%. Это и является основной причиной того, что их часто не распознают. В связи с этим если больной жалуется на боли в костях, то даже при отрицательных результатах рентгенографии необходимо произвести сканирование скелета. Хотя этот метод диагностики также не абсолютно специфичен, тем не менее с его помощью гораздо раньше (на 6—8 мес) можно обнаружить метастазы в костях.

После завершения обследования, которое обычно проводят амбулаторно, если нет противопоказаний к лечению, больного госпитализируют в стационар. В специализированной клинике ошибки возникают значительно реже и носят лечебно-тактический характер. В основном отмечается расширение показаний к нефрэктомии у больных с метастазами, при этом недостаточно четко учитываются ограниченные возможности их лечения. Допустим, у больного имеется одиночный метастаз в легком. В данной ситуации возможно хирургическое удаление первичной опухоли и метастаза. Если же операция на легком по каким-либо причинам невыполнима, но есть условия для проведения в последующем химио-, иммуно-, гормонотерапии, ими нужно воспользоваться. Другое дело, когда имеются мно-

жественные метастазы. При этом следует учитывать, что операция ослабляет больного и отнимает около месяца времени. В результате этого к моменту проведения предполагаемого послеоперационного лечения состояние больного настолько ухудшается, что осуществить его невозможно. В связи с этим в подобных случаях следует отказаться от нефрэктомии, если к тому нет жизненных показаний.

Встречаются ошибки, связанные с расширением показаний к операции у ослабленных больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Это очень сложный вопрос, и трактовать его однозначно нельзя. С одной стороны, врач имеет дело с заболеванием, радикальное излечение которого возможно только при оперативном вмешательстве, с другой — имеется высокий риск в связи с выполнением самой операции. Решать этот вопрос необходимо в каждом конкретном случае сугубо индивидуально. Среди факторов субъективного и объективного характера, имеющих при этом решающее значение, можно выделить уверенность у больного и его родственников в необходимости операции, способности хирурга и возможности современного реанимационно-анестезиологического обеспечения.

В связи с тем что лечение рака почки в основном сводится к выполнению оперативного вмешательства, естественно, большинство ошибок связано с его осуществлением. Так, например, если применять постоянно один и тот же операционный доступ к почке, что, к сожалению, встречается довольно часто, не учитывая расположение опухоли и конституцию больного, то можно столкнуться с серьезными техническими трудностями. При этом в итоге нередко нарушается принцип радикализма операции, в результате чего у больных возникают местные рецидивы заболевания.

На ход операции могут повлиять ошибки, допущенные на этапе уточняющей дооперационной диагностики, которые в основном касаются определения распространенности опухолевого процесса и выбранного в связи с этим объема оперативного вмешательства. Так, например, если при операционной ревизии выявляют ранее не распознанные метастазы в лимфатических узлах или опухолевый тромб в нижней полой вене, возникает необходимость во время операции в экстренных или менее благоприятных условиях принимать новое решение и менять намеченный план вмешательства. Это не всегда просто, так как может потребоваться не только специальный инструментарий и оборудование, но и участие в операции хирурга соответствующей квалификации.

Как видно из приведенных данных, вероятность ошибок существует как на этапах диагностики, так и в процессе лечения больных с опухолью почки. Уменьшить их количество можно, строго соблюдая изложенные выше принципиальные положения и требования, предъявляемые к диагностике и лечению больных с данной патологией.

20.2. ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Рак мочевого пузыря встречается часто и составляет 40—50% от всех случаев онкоурологических заболеваний, а в общей структуре онкологических заболеваний на его долю приходится 4%. На стационарное лечение только половина больных поступает в I—II стадии заболевания, когда можно провести наиболее эффективное лечение. Из 1300 больных, леченных в урологическом отделении ВОНЦ АМН СССР в 1983—1987 гг., у 243 (25,6%) была I стадия заболевания, у 291 (30,6%) — II, у 347 (36,6%) — III, у 67 (7%) — IV стадия и 353 (27,1%) поступили с рецидивом заболевания. Из 13 820 первично выявленных в СССР в 1986 г. больных раком мочевого пузыря I и II стадии заболевания установлены у 42%, т. е. более половины больных поступили на лечение со значительно распространенным опухолевым процессом.

Поздняя диагностика рака мочевого пузыря обусловлена двумя основными причинами. Во-первых, в связи со слабо выраженными клиническими проявлениями заболевания в ранних стадиях больные обращаются к врачу с большим опозданием, чаще всего, когда возникает тотальная гематурия. Во-вторых, первично осматривающий больного врач не всегда уделяет должное внимание предъявляемым жалобам и не направляет больного к специалисту.

Чаще всего ошибочно устанавливают диагноз цистита. Это заболевание встречается довольно часто, достаточно хорошо известно врачам и, как правило, не вызывает у больных особого беспокойства. Это обстоятельство и хорошие на первых порах результаты проводимой противовоспалительной терапии укрепляют уверенность врача в диагнозе, а больного в благополучном исходе. Гематурия, чаще всего однократная, прекращается, а дизурия не беспокоит. Хорошее общее состояние больного может сохраняться в течение 1—2 лет и дольше. В данном случае избежать диагностической ошибки можно только при условии, если постоянно соблюдать следующее правило: при возникновении у больного тотальной гематурии в процессе лечения обязательно выполнять цистоскопию.

Гораздо реже возникают гипердиагностические ошибки. Они отмечаются у больных, перенесших цистит. При этом, действительно, не всегда легко разобраться в диагнозе даже специалисту. Например, J. P. Hoiteux и J. Cukier (1986) сообщили о 27 больных с так называемым псевдотуморальным циститом, у большинства из которых была дизурия, а у 9 — тотальная гематурия. У 12 больных при пальпации живота и органов таза были обнаружены новообразования или инфильтрация, а у 19 установлена патологическая цистографическая картина, т. е. выявлялись обызвествления в области мочевого пузыря, ригидность его стенок, одностороннее расширение верхних мочевых

путей и т. д., на основании чего была заподозрена опухоль мочевого пузыря. Даже при цистоскопии нельзя было точно определить характер изменений, имевших вид сосочковых, папилломатозных, почковидных разрастаний, и только после выполнения биопсии и гистологического исследования отпали предположения об опухолевой природе этих изменений. У 9 больных обнаружены гиперпластические изменения в слизистой оболочке, у 12 — язвенные, у 3 — метаплазия ростквого (мальпигиева) слоя, у остальных — другие заболевания. В подслизистом слое постоянно выявляли воспалительные изменения.

Под нашим наблюдением находились 10 таких больных. Все они поступили в стационар с ошибочным диагнозом «рак мочевого пузыря». Единственная возможность установить правильный диагноз у подобных больных — обязательно провести гистологическое исследование материала, взятого из мочевого пузыря. Такая тактика позволяет избежать ошибок еще у одной группы больных — с туберкулезом мочевого пузыря. Дифференциальная диагностика туберкулезного цистита и рака мочевого пузыря далеко не всегда простое дело и требует стационарного обследования. Только биопсия и бактериологическое исследование мочи позволяют установить правильный диагноз, в чем мы убедились при обследовании 4 наших больных. Они поступили в клинику с диагнозом «рак мочевого пузыря». На гистограммах выявлена инфильтрация стенки мочевого пузыря. Цистоскопическая картина напоминала таковую при инфильтративной форме рака. Только биопсия и последующее гистологическое исследование позволили исключить рак и установить истинный диагноз.

При диагностике рака мочевого пузыря, если больного обследуют целенаправленно, редко встречаются трудности и для установления диагноза не требуется сложное оборудование. Достаточно произвести цистоскопию, чтобы установить характер заболевания, поэтому запоздалая диагностика рака мочевого пузыря обусловлена не техническими трудностями, а скорее организационными моментами. Для того чтобы больные своевременно обращались к врачу, необходимо проводить санитарно-просветительную работу среди населения.

В стационаре определенные сложности при установлении диагноза рака мочевого пузыря возникают только у больных с небольшой емкостью пузыря, стриктурами уретры и продолжительной тотальной гематурией. В таких случаях установлению диагноза, за редким исключением, помогают цитологическое исследование мочи, пункционная надлобковая цистоскопия, рентгенологические и ультразвуковые исследования. При проведении такого обследования частота ошибок невелика — в пределах 0,25—0,5%. Несмотря на применение современных методов диагностики, гораздо труднее установить степень распространенности рака мочевого пузыря, что имеет первостепенное значение при определении характера лечения больного.

Остановимся на ошибках, которые допускают при проведении наиболее информативных и широко применяемых исследований диагностики.

Цистоскопия. Мы провели оценку возможностей цистоскопии у 131 больного раком мочевого пузыря. При этом получили следующие данные. У 11 (8,3%) больных провести цистоскопию оказалось невозможно, в связи с тем что у 7 была выраженная макрогематурия, у 3 — малая емкость мочевого пузыря и у 1 больного — стриктура уретры. У 14 (10,6%) больных цистоскопию повторяли из-за того, что информации, полученной при первом исследовании, было недостаточно. При сопоставлении результатов цистоскопии с операционными находками и данными, полученными при морфологическом исследовании, установлено, что стадия заболевания правильно установлена только у 103 (85,8%) больных и ошибка (завышение или занижение стадии) допущена у 28 (14,2%). В зависимости от стадии заболевания получены следующие данные. При I стадии диагноз правильно установлен у 41 (85,4%) больного из 48, наибольшее количество ошибок допущено при II и III стадии заболевания (табл. 20.4). Причина ошибок заключалась в недооценке основных критериев установления стадии заболевания: степени инфильтрации стенки, емкости пузыря и т. д. Однако следует отметить, что оценка цистоскопической картины во многом носит субъективный характер.

Наряду с цистоскопией для уточнения стадии заболевания применяют бимануальную пальпацию. Этот метод в сочетании с диагностической пункцией может оказать большую помощь в установлении III—IV стадии заболевания. При бимануальной пальпации удалось уточнить стадию заболевания только у 5 (33,3%) из 15 больных с III стадией и у 38 (84,4%) из 45 больных с IV стадией. Хотя частота ошибок высока и метод информативен в основном при далеко зашедшем опухолевом процессе, его целесообразно применять из-за простоты и воз-

Таблица 20.4

Результаты установления стадии рака мочевого пузыря при цистоскопии

Стадия заболевания	Количество наблюдений	Частота установления стадии с помощью цистоскопии	
		совпадение	ошибки
T1	48	41 (85,4)	7 (14,6)
T2	23	18 (78,3)	5 (21,7)
T3	14	11 (78,6)	3 (21,4)
T4	35	33 (94,3)	2 (5,7)
Всего . . .	120	103 (85,8)	17 (14,2)

Примечание. В скобках указана частота в процентах.

можности избавить больных от ненужного дальнейшего обследования.

Частоту ошибок, допускаемых при бимануальной пальпации, можно значительно уменьшить, если выполнять пункцию пальпируемого инфильтрата с последующим цитологическим исследованием полученного материала. При инфильтрации опухолью области мочепузырного треугольника, шейки и задней стенки мочевого пузыря пункцию производят через прямую кишку, а при инфильтрации передней стенки — со стороны передней стенки живота. Мы выполнили пункцию пальпируемого инфильтрата у 13 больных и у всех получили подтверждение его опухолевой природы.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) мочевого пузыря при его новообразованиях применяют довольно широко. Это связано с тем, что УЗИ — простой, неинвазивный, дешевый, информативный метод исследования, который позволяет выявить опухоль и установить степень ее инфильтрации.

Как видно из данных, приведенных в табл. 20.5, диагностические возможности УЗИ возрастают с повышением стадии заболевания. Если при I—II стадии частота ошибок достигает 20%, то при III—IV стадии она снижается до 6,7%. При ретроспективном анализе допущенных ошибок установлено несколько их основных причин. Это выраженная воспалительная реакция в зоне опухоли, что приводит к ошибочному завышению ее размеров, и малые размеры (менее 0,5 см) новообразований, особенно расположенных в области шейки, которые не всегда выявляются на эхограммах. Большие трудности возникали при интерпретации полученных данных у больных с инфильтративными формами рака мочевого пузыря. Занижение или завышение стадии заболевания наблюдалось при многофокусном поражении стенки пузыря. У 3 больных опухолевые образования располагались близко друг к другу, тем самым имитируя глубокую инвазию. У одного больного ошибка была допущена в связи с тем, что стенка пузыря у него была трабе-

Таблица 20.5

Результаты сопоставления стадии рака мочевого пузыря по данным ультразвукового и гистологического исследования

Стадия заболевания	Количество наблюдений	Правильный диагноз	Ошибочный диагноз
T1	31	25 (80,6%)	6
T2	11	9 (81,8%)	2
T3—T4	15	14 (93,3%)	1
Всего . . .	57	48 (84,2%)	9

кулярна и имелись ложные дивертикулы. Это послужило основанием заподозрить более глубокую инвазию прилежащих тканей, чем та, которая была установлена при морфологическом исследовании операционного материала (I стадия). Таким образом, из приведенных данных видно, что УЗИ опухолей мочевого пузыря — достаточно информативный метод исследования, однако при установлении стадии заболевания в связи с объективными и субъективными причинами возникает около 20% ошибок.

Рентгеновская компьютерная томография (КТ) — относительно новый метод диагностики. Благодаря тому что данное исследование позволяет получить большой объем необходимой информации, его стали широко применять с целью диагностики опухолевых поражений мочевого пузыря и установления степени их распространения. С помощью КТ можно послойно определять величину опухоли, толщину стенки мочевого пузыря, ее деформацию, состояние паравезикальной клетчатки, наличие увеличенных регионарных лимфатических узлов. Компьютерную томографию мочевого пузыря мы провели у 115 больных и полученные данные сопоставили с операционными находками и результатами морфологического изучения удаленных новообразований. При этом получены следующие данные (табл. 20.6).

Из данных, приведенных в табл. 20.6, видно, что при I стадии заболевания правильный диагноз установлен у 73% больных, ошибочный — у 27%. Ошибки возникали в основном при множественных опухолях и большом их распространении. У 2 больных с I стадией заболевания значительно большее по площади утолщение стенки и ее деформация были обусловлены выраженным склерозом стенки пузыря, что и явилось причиной неправильной трактовки полученных данных и завышения стадии. Из 7 больных со II стадией заболевания, при обследовании которых были допущены ошибки, у 6 также была завышена стадия процесса и опять-таки ошибочная интерпретация по-

Таблица 20.6

Результаты сопоставления стадии рака мочевого пузыря по данным компьютерной томографии и гистологического исследования

Стадия заболевания	Количество наблюдений	Правильный диагноз	Ошибочный диагноз
T1	37	27 (73%)	10 (27%)
T2	22	15 (68,2%)	7 (31,8%)
T3	13	11 (84,6%)	2
T4	43	42 (97,7%)	1
Всего . . .	115	95 (82,7%)	20 (17,3%)

лученных данных была связана с сопутствующими хроническими воспалительными изменениями, приведшими к склерозу не только стенки пузыря, но и паравезикальной клетчатки. На томограммах эти изменения имитировали инфильтрацию стенки и клетчатки. При III и IV стадии опухолевого процесса число ошибок значительно меньше, так как при этом на томограммах более четко определяются характерные признаки опухоли, такие как выраженная деформация мочевого пузыря, уплотнение паравезикальной клетчатки, изменения лимфатических узлов и признаки нарушения взаимоотношения стенки пузыря с близлежащими органами малого таза.

Таким образом, несмотря на то что рентгеновская компьютерная томография — достаточно совершенный метод исследования, позволяющий получить много ценных дополнительных сведений о распространенности опухолевого процесса, и при его использовании возникают ошибки, что надо учитывать в повседневной практике.

Экскреторная урография — традиционный и простой метод диагностики, который, за редким исключением, применяют практически у всех больных. Для того чтобы дать объективную оценку информативности метода, мы проанализировали результаты его применения у 131 больного раком мочевого пузыря и сравнили их с операционными находками и данными морфологического исследования резекционных препаратов. При разработке материала ставилась задача установить взаимосвязь между стадией заболевания, локализацией опухоли и характером изменений верхних мочевых путей, так как эти три показателя наиболее взаимосвязаны и должны отражать характер опухолевой инвазии (табл. 20.7, 20.8).

Как видно из данных, приведенных в табл. 20.7, локализация опухоли в значительной степени определяет характер изменений верхних мочевых путей. Следует отметить, что такие

Таблица 20.7

Частота изменений верхних мочевых путей в зависимости от локализации опухоли

Локализация опухоли	Количество наблюдений	Нормальная урограмма	Изменения в верхних мочевых путях
Боковые стенки	79 (100%)	45 (57%)	34 (43%)
Дно пузыря	20 (100%)	13 (65%)	7 (35%)
Задняя стенка	12 (100%)	11	1 (8,3%)
Передняя стенка	5	2	3
Тотальное поражение	15	3	12 (80%)
Всего . . .	131 (100%)	74 (55,6%)	57 (44,4%)

Таблица 20.8

Частота изменений верхних мочевых путей в зависимости от стадии заболевания

Стадия заболевания	Число наблюдений	Нормальные урограммы	Изменения в верхних мочевых путях
T1	48	41 (85,4%)	7 (14,6%)
T2	23	19 (82,6%)	4 (17,4%)
T3	15	6	9
T4	45	8 (17,8%)	37 (82,2%)

изменения часто выявляются при локализации опухоли на боковых стенках (43%).

При установлении взаимосвязи между стадией заболевания и изменениями верхних мочевых путей (см. табл. 20.8), вопреки ожиданиям, они были обнаружены у большого числа больных с I и II стадией заболевания. Перед операцией эти изменения связывали с инфильтрацией стенки пузыря, в результате чего, естественно, ошибочно завышалась стадия опухолевого процесса. Как показал анализ, изменения на урограммах были выявлены в основном при множественных опухолях нижних отделов мочевого пузыря. При солитарных опухолях нарушений уродинамики верхних мочевых путей в начальных стадиях заболевания мы не встречали.

Гистологическое исследование операционного материала показало, что дилатация мочеточников при I и II стадии заболевания была обусловлена инфильтрацией опухолью слизистой оболочки и подслизистого слоя стенки.

Из приведенных данных видно, что каждый из применяемых современных методов диагностики имеет определенный предел возможностей, что является объективной причиной возникновения ошибок, частота которых достаточно высока. При проведении комплексного обследования больных раком мочевого пузыря значительно уменьшается количество диагностических ошибок. По нашим данным, при комплексном обследовании степень распространенности опухолевого процесса правильно установлена при T1 у 90,6% больных, при T2 у 82,4%, при T3 у 91%, при T4 у 100% больных. Поскольку радикальное лечение проводят при опухолях T1—T3, то в среднем частота ошибок при установлении стадии заболевания достигает 10%. На практике эта цифра значительно выше, так как не всегда при диагностике применяют весь комплекс современных методов исследования.

Ошибка, допущенная при установлении стадии заболевания, естественно, влечет за собой лечебно-тактическую ошибку. Например, если при I стадии рака мочевого пузыря можно рассчитывать на эффект от внутрипузырной химиотерапии, то при II и тем более при III стадии заболевания проведение та-

кого лечения неоправданно. Подобная же ситуация складывается и при выработке показаний к выполнению операций. Особенно тяжелы последствия ошибки для больных, которым планируют произвести такую калечущую операцию, как цистэктомия. Например, совершенно очевидна бессмысленность выполнения этой операции при прорастании опухолью всей стенки пузыря и распространении ее на окружающие органы. Тяжелы также последствия завышения стадии опухолевого процесса, когда отказываются от выполнения радикального вмешательства. В связи с этим в сомнительных случаях решающее значение при определении показаний к выполнению оперативных вмешательств и выборе их объема имеет операционная ревизия со срочным морфологическим исследованием.

20.3. ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧКА

Несмотря на доступность диагностики, опухоли яичка в значительной части случаев выявляют с большим опозданием. Так, из 798 больных с опухолью яичка, направленных в ВОНЦ АМН СССР, только 155 (19,5%) поступили в I и II стадии заболевания. Столь значительный процент случаев запоздалой диагностики можно объяснить несколькими причинами. С одной стороны, больные поздно обращаются к врачу из-за ложной стыдливости, невнимательного отношения к своему здоровью, отсутствия элементарных медицинских знаний и, наконец, в силу того, что ранние симптомы заболевания не доставляют им особого беспокойства. С другой стороны, медицинские работники при обращении такого больного за помощью не всегда используют все необходимые методы обследования, и поэтому чаще всего устанавливают ошибочный диагноз орхита или орхоэпидидимита. Это связано с тем, что специалисту-урологу в его повседневной работе чаще приходится встречаться с упомянутыми заболеваниями, в то время как больной с опухолью яичка в одной конкретной поликлинике встречается крайне редко. В отсутствие онкологической настороженности в таких условиях, несмотря на всю доступность и простоту обследования, легко возникает диагностическая ошибка, влекущая за собой неправильное, порой приносящее вред лечение, а в итоге приводящая к запоздалой диагностике истинного заболевания.

Среди заболеваний, за которые ошибочно принимали опухоль яичка, следует отметить гидроцеле, гематоцеле, перекрут семенного канатика и ущемленную грыжу. Дифференциальная диагностика этих заболеваний с опухолями яичка для врачей поликлиник не представляла бы особых сложностей, если бы использовались современные методы исследования: ультразвуковая томография, пункция с цитологическим исследованием, определение опухолевых маркеров и т. д. Ошибки допускают

как раз у тех больных, которым диагноз устанавливают только на основании анамнеза и опыта врача без применения упомянутых методов диагностики. Особо нужно отметить недопустимо редкое использование диагностической пункции у больных с сомнительным клиническим диагнозом. У подобных больных необходимо было произвести пункцию яичка и полученный материал передать цитологам. При использовании подобной тактики процент возможных ошибок ничтожен. В ВОНЦ АМН СССР из 1124 цитологических исследований пунктатов из опухолей яичка ошибка была допущена только в двух, и то из-за небольшого количества полученного для исследования материала. Об эффективности данного метода диагностики свидетельствуют и такие данные. При пункции яичек у 106 больных, направленных на консультацию в связи с подозрением на опухоль, диагноз подтвержден у 47, а у остальных были установлены неопухолевые заболевания.

После установления диагноза опухоли яичка больного госпитализируют и дальнейшее обследование проводят уже в стационаре. Основная цель последующего обследования — установление стадии опухолевого процесса. Поскольку метастазирование происходит в первую очередь в зоны регионарного лимфооттока, то проводят детальное исследование забрюшинного пространства. Из применяемых в настоящее время методов диагностики регионарных метастазов наиболее информативными являются экскреторная урография, лимфография, кавография, ультразвуковая и рентгеновская компьютерная томография. Кроме того, большим подспорьем в диагностике является определение опухолевых маркеров — хорионического гонадотропина и α-фетопротеина. Однако все перечисленыне методы диагностики имеют пределы своих возможностей. С целью объективной оценки диагностических возможностей перечисленных методов исследования мы сравнили полученные с их помощью данные с операционными находками у 174 больных. При этом получены следующие результаты.

Исследование забрюшинного пространства обычно начинают с проведения экскреторной урографии. Это объясняется тем, что урография — традиционный, простой и доступный метод исследования. Диагностика метастазов с помощью этого метода основана на выявлении смещения или сдавления мочеточников и почек. Руководствуясь этими данными, мы установили правильный диагноз у 56,4% больных, а у 30,9% были получены ложноположительные и у 12,7% — ложноотрицательные результаты. Как показал анализ ложноотрицательных ошибок, они были допущены в тех случаях, когда метастазы были небольших размеров и локализовались вдали от мочеточников, т. е. обнаружить их по урограммам было невозможно. Ложноположительные результаты были обусловлены в основном ошибочной оценкой изгибов мочеточника, обусловленных в действительности его перистальтикой.

Кавография дает дополнительную информацию о состоянии забрюшинного лимфатического аппарата, особенно при опухолях правого яичка. Из 177 больных, которым была произведена кавография, правильный диагноз установлен у 70%. Ошибки были допущены у 30% больных, в том числе ложноположительные у 11,2%, а ложноотрицательные у 18,8% больных. Ложноположительные результаты получены в основном у больных, у которых на кавограммах отмечено недостаточное заполнение нижней полой вены контрастным веществом, расцененное как дефекты наполнения, вследствие чего было дано неправильное заключение. Ложноотрицательные результаты наблюдались у больных с небольшими метастазами, которые не вызывали сдавления нижней полой вены или топографически находились в стороне от нее.

Нижняя лимфография позволяет получить изображение непосредственно самих лимфатических узлов, в то время как на урограммах и кавограммах выявляются лишь косвенные признаки наличия метастазов. Правда, при полном поражении метастазами лимфатические узлы на лимфограммах не выявляются. Из 87 наблюдавшихся нами больных, которым была проведена лимфография, правильный диагноз был установлен у 67,8% и ошибочный у 32,2%, при этом у 16,1% больных получены ложноположительные и у 16,1% ложноотрицательные результаты. Ложноположительные данные были обусловлены дегенеративными либо воспалительными изменениями в лимфатических узлах, которые на лимфограммах ошибочно трактовались как метастатические. Ложноотрицательные данные были получены в связи с тем, что контрастное вещество, пройдя по коллатералям, миновало полностью пораженные метастазами лимфатические узлы, вследствие чего они не находили отражения на лимфограммах.

С внедрением в клиническую практику рентгеновской компьютерной томографии ее с успехом используют и для диагностики забрюшинных метастазов опухолей яичка. Из 80 наблюдавшихся нами больных, которым компьютерная томография проведена с этой целью, правильный диагноз установлен у 72,5% и ошибки допущены у 27,5%, в том числе у 10,1% больных получены ложноположительные и у 17,4% ложноотрицательные результаты. Анализ ошибочных заключений показал, что они были сделаны в основном у больных, у которых лимфатические узлы были небольшого размера. Нельзя судить о гистологическом строении лимфатического узла только на основании его величины. При небольших размерах лимфатических узлов возможности компьютерной томографии в выявлении метастазов ограничены.

В диагностике забрюшинных метастазов широко применяют ультразвуковую компьютерную томографию. Это неинвазивный, совершенно безопасный метод диагностики, который может быть использован в амбулаторных ус-

ловиях. Он позволяет выявить увеличенные лимфатические узлы, установить их локализацию и взаимоотношение с соседними органами. Из обследованных нами 56 человек правильный диагноз установлен у 71,4% больных, ошибки допущены у 28,6% больных, в том числе ложноотрицательные результаты получены у 19,7% и ложноположительные у 8,9% обследованных. Причины ошибок практически те же самые, что и при рентгеновской компьютерной томографии: отсутствие увеличения пораженных метастазами лимфатических узлов или их воспалительная гиперплазия, принимаемая за метастазы.

Определение опухолевых маркеров у больных с опухолями яичка имеет большое значение в выявлении метастазов и даже в определенной степени позволяет судить об их гистологическом строении. Например, если у больного при гистологическом исследовании удаленного яичка получено заключение, что у него имеется семинома, но в то же время определяется положительная реакция на α-фетопротеин, то это дает основание усомниться в правильности диагноза и повторить гистологическое исследование. Подобная же ситуация возникает при отрицательных результатах рентгенологического и ультразвукового исследований при выявлении метастазов. Положительная реакция на α-фетопротеин у больного после удаления пораженного опухолью яичка свидетельствует о наличии метастазов и может служить основанием для назначения химиотерапии. При сравнении операционных находок у 166 больных с результатами реакции на α-фетопротеин мы получили следующие данные. Совпадение диагноза отмечено у 72,3% больных и ошибки допущены у 27,7%, в том числе ложноположительные результаты получены у 14,4% и ложноотрицательные — у 13,3% больных. При выяснении причин ложноположительных реакций установлено, что они возникли в сроки до 20 дней после орхиэктомии, т. е. это были следовые реакции.

Таким образом, как видно из приведенных данных, несмотря на применение с целью диагностики самых современных методов исследования, вероятность ошибки в среднем достигает 30%. Однако этот показатель резко уменьшается при использовании двух — трех методов диагностики. Так, из больных, у которых мы применяли такой принцип обследования, правильный диагноз был установлен уже у 94,8% и соответственно процент ошибок снизился с 30 до 5,2.

Другими авторами получены приблизительно такие же результаты. Так, W. Burgler и P. Jaeger (1986) также сопоставили результаты обследования с операционными находками у 113 больных, у которых были удалены забрюшинные лимфатические узлы. При этом было установлено, что у 66% больных данные, полученные с помощью лимфографии, совпали с результатами операции. Сопоставление результатов рентгеновской компьютерной томографии с операционными находками показало совпадение диагноза у 76% больных. По данным

J. Tesoro-Tess и соавт. (1985), данные, полученные с помощью лимфографии и рентгеновской компьютерной томографии, подтвердились во время операции соответственно в 76 и 74,3% наблюдений.

Как известно, характер лечения при опухолях яичка определяется гистологическим строением опухоли и стадией заболевания, т. е. лечебно-тактические ошибки непосредственно связаны с ошибками диагностики. Так, у 18 наблюдавшихся нами больных проводилось малоэффективное лечение по поводу предполагаемой семиномы. В последующем при повторных исследованиях крови установлена положительная реакция на α-фетопротеин. Был изменен курс лечения и назначены препараты, применяемые при несеминомных опухолях яичка. Результаты лечения и пересмотр гистологических препаратов подтвердили ошибочность первоначально назначенного лечения.

Ошибки в лечении в связи с переоценкой результатов обследования. У троих наших больных предполагались операции по поводу одиночных метастазов в легких, выявленных при обычной рентгеновской томографии. Но дополнительно произведенная рентгеновская компьютерная томография обнаружила множественные метастазы в легких, что, естественно, явилось противопоказанием к оперативному лечению. Как показывает наш опыт в лечении больных с метастазами опухолей яичка, чтобы избежать завышения показаний к операциям, необходимо проводить целенаправленное комплексное обследование современными методами диагностики.

20.4. ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Рак предстательной железы относится к наиболее тяжелым онкологическим заболеваниям у мужчин среднего и старшего возраста. Заболеваемость раком этой локализации за последние десятилетия значительно возросла в связи с увеличением среднего возраста населения. Среди опухолей у мужчин старше 45 лет рак предстательной железы во многих странах занимает второе — третье место, и заболеваемость им продолжает непрерывно возрастать.

Выявление рака предстательной железы в ранних стадиях является единственно эффективным путем улучшения результатов лечения данной категории больных.

Анализ собственных наблюдений и данных литературы свидетельствует о том, что 55—80% больных поступают в специализированный стационар в IV стадии заболевания, т. е. у них уже имеются отдаленные метастазы, чаще всего в костях, когда радикальное лечение невозможно. В СССР в 1986 г. из 8857 больных с впервые выявленным раком предстательной железы I—II стадия заболевания установлена лишь у 3278 (37%).

Столь высокий процент случаев запущенности процесса во многом связан с диагностическими ошибками, допускаемыми на разных этапах обследования больных.

Ряд особенностей рака предстательной железы затрудняет его своевременное распознавание даже при наличии жалоб больного. С одной стороны, это заболевание может длительно протекать бессимптомно, с другой — симптоматика рака предстательной железы чрезвычайно разнообразна, что затрудняет выделение специфических клинических признаков. В связи с этим очень трудно выявить ранние симптомы заболевания. Можно говорить лишь о первых клинических проявлениях рака предстательной железы.

Анализируя причины запущенности рака предстательной железы, следует отметить, что в подавляющем большинстве случаев запоздалая диагностика связана с длительным полным отсутствием симптомов или со стертой, «нетипичной» клинической картиной заболевания. Об этом свидетельствуют и данные L. M. Franks (1972), который установил, что на каждый случай инвазивного рака предстательной железы приходится 8 латентных карцином. Частота выявления латентно текущего рака предстательной железы зависит от возраста. Так, в группе мужчин в возрасте 40—49 лет она составляет 2,2%, 60—69 лет — 11,2%, старше 80 лет — 28,8%. А. С. Портной и Ф. Л. Гроздовская (1984) также отмечают, что существует взаимосвязь между клиническим течением рака предстательной железы и возрастом больных. Так, у мужчин в возрасте 70—80 лет чаще встречаются клинические варианты рака предстательной железы, характеризующиеся медленно прогрессирующим течением заболевания и длительным периодом отсутствия признаков отдаленных метастазов. В связи с этим больные пожилого и старческого возраста, у которых отмечаются симптомы обструкции шейки мочевого пузыря невыясненного характера и невралгические боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника должны быть подвергнуты целенаправленному тщательному обследованию. Всем больным, предъявляющим жалобы на нарушение мочеиспускания независимо от степени его выраженности обязательно проводят ректальное пальцевое исследование предстательной железы. При проведении профилактических осмотров мужчин старше 40 лет пальцевое исследование следует проводить не реже 1 раза в год, а старше 55—60 лет — не менее 2 раз в год. При возникновении малейших подозрений в отношении рака следует выполнить биопсию или аспирационную пункцию подозрительного участка.

У больных раком предстательной железы в возрасте 50—60 лет все чаще наблюдается быстропрогрессирующее течение заболевания с развитием симптомов сдавления нижних и верхних мочевых путей, отдаленных метастазов. Значительное место в клинической картине распространенного рака предстательной железы занимают неврологические симптомы, нередко воз-

никающие еще до того, как удается выявить метастазы в костях. Частота неврологических осложнений составляет 15—20%, причем наиболее часто наблюдаются симптомы поражения спинного мозга и его корешков (47%), обусловленные метастазами в позвоночнике, паравертебральных лимфатических узлах и эпидуральном пространстве спинного мозга. Метастатическое поражение тазовых лимфатических узлов проявляется отеком нижних конечностей, мошонки и полового члена, что часто ошибочно расценивают как явления тромбофлебита.

Таким образом, на этапе первичной диагностики ошибки связаны в основном с отсутствием выраженной клинической симптоматики опухоли предстательной железы. Большое значение имеет также недостаточная онкологическая настороженность терапевтов, хирургов, невропатологов, к которым обычно впервые обращаются эти больные.

Основное значение в первичной диагностике рака предстательной железы имеет пальцевое ректальное исследование. Определение при этом одного или нескольких узлов хрящевидной консистенции в одной из долей железы при ограничении ее подвижности является характерным признаком рака. Однако далеко не всякое уплотнение или увеличение в размерах предстательной железы служит основанием для окончательного установления этого диагноза. Похожие изменения в предстательной железе могут быть при туберкулезе, амилоидозе, камнях предстательной железы, гранулематозном простатите, аденоме предстательной железы и некоторых других заболеваниях. По нашему глубокому убеждению, истинный диагноз может быть установлен лишь при гистологическом исследовании биопсийного материала из очага, подозрительного в отношении опухолевого процесса. В то же время, по мнению Е. Б. Маринбаха (1980), для установления достоверного диагноза рака предстательной железы достаточно любого из следующих признаков: наличие характерных для рака предстательной железы костных метастазов; положительный результат цитологического исследования; обнаружение рака при инструментальной или операционной биопсии.

Серьезной тактической ошибкой является проведение лечения без точной морфологической верификации диагноза. Анализ данных литературы и собственных наблюдений показывает, что подобные ошибки встречаются в 12—37% случаев. Следствием этого являются необоснованное назначение гормональных препаратов, вызывающих тяжелые побочные реакции, и возникновение значительных трудностей при определении инвалидности и прогноза заболевания. Частота положительных результатов диагностики рака предстательной железы зависит от адекватного выбора метода биопсии и правильности ее технического исполнения. В настоящее время наиболее оптимальной считается промежностная биопсия предстательной железы под контролем эхосонографии. Однако и при использовании

этой методики в 1,5—7% случаев возможны ложноотрицательные результаты. Из более чем 200 промежностных биопсий предстательной железы, произведенных за последние 2 года в ВОНЦ АМН СССР, в 12 наблюдениях диагноз был верифицирован после повторной, а в 5 — после трехкратных биопсий, произведенных с интервалом от 2 нед до 3 мес. У одного больного понадобилось произвести четыре биопсии за 2,5 года, чтобы верифицировать диагноз.

Морфологическое подтверждение наличия рака предстательной железы еще не является заключительным моментом диагностики. Необходимыми элементами развернутого диагноза является локализация опухоли в пораженном органе, степень распространенности опухолевого процесса и гистологическая структура опухоли с указанием степени дифференцировки и формы роста. Естественно, что только при правильном определении всех этих характеристик можно выбрать адекватную тактику лечения.

Наибольшее число тактических ошибок в лечении рака предстательной железы в специализированных учреждениях связано с неправильным определением стадии заболевания. В настоящее время не подлежит сомнению тот факт, что при I и II стадии заболевания показано радикальное лечение: либо хирургическое — радикальная простатэктомия, либо лучевое — радикальная лучевая терапия. В то же время лечение 20—60% больных с начальными стадиями заболевания начинают с эстрогенотерапии. Это следует считать тактической ошибкой в связи с серьезными побочными действиями женских половых гормонов на сердечно-сосудистую и свертывающую систему крови и довольно быстрым развитием вторичной эстрогенорезистентности. Кроме того, следует помнить, что эстрогенотерапия является лишь паллиативным методом лечения.

При выработке тактики лечения к ошибкам может привести как завышение, так и занижение стадии заболевания. Несмотря на встречающиеся иногда значительные трудности, современные методы диагностики в большинстве случаев позволяют правильно установить диагноз и стадию заболевания. Благодаря применению рентгеновской компьютерной томографии, ультразвуковых методов исследования, радиоизотопного сканирования скелета и других диагностических методов результаты определения местного распространения процесса (категория T) и выявления отдаленных костных метастазов (категория M) оказываются достаточно достоверными. Значительно снижается процент диагностических ошибок на госпитальном этапе уточняющей диагностики. По данным М. А. Агаяна (1987), трансректальное ультразвуковое исследование предстательной железы у больных с «подозрением на рак» позволяет не только обнаружить подозрительный участок, но и в большинстве случаев определить размеры и характер изменений. Точность ультразвукового исследования достигает 72,7%, в то

время как общепринятых методов — 45,5%. По мнению A. Fontanals и соавт. (1985), наиболее адекватными методами диагностики рака предстательной железы в настоящее время являются ректальная пальпация и эхография, а в определении стадии — компьютерная томография (КТ). N. Rotte и соавт. (1984), основываясь на результатах КТ, считают, что при стадиях T0 и T1 совпадение клинической и КТ оценки опухоли составляет 50%, T2 — 72%, T3—T4 — 84%. В ВОНЦ АМН СССР при обследовании 154 больных, у которых заподозрен рак предстательной железы, с помощью КТ он был выявлен у 104, заподозрены, а в последующем морфологически подтверждены аденома предстательной железы — у 29, хронический простатит — у 16, абсцесс предстательнной железы — у 3, туберкулез предстательной железы — у 2 больных. Изучение данных, полученных при обследовании больных раком предстательной железы с помощью КТ, показало, что прорастание опухоли в семенные пузырьки (T3) выявлено у 53 больных, в семенные пузырьки и мочевой пузырь (T4) — у 45 больных. У 23 больных в полости таза обнаружены увеличенные (более 2 см в диаметре) лимфатические узлы. При анализе данных, полученных с помощью КТ у больных раком предстательной железы в стадии T3 и T4, установлено, что КТ явилась практически единственным методом, позволившим оценить распространенность опухоли на семенные пузырьки и стенку мочевого пузыря.

Таким образом, даже применение самых современных интроскопических методов диагностики у 15—30% больных не позволяет с достоверностью установить распространенность процесса. Во избежание диагностических ошибок в определении местного распространения опухоли необходимо провести комплексное обследование с использованием как рутинных, так и новейших методов диагностики.

Значительные трудности имеются в выявлении метастазов в регионарных лимфатических узлах, хотя при выборе тактики лечения именно эта информация имеет принципиальное значение. В настоящее время ни один из методов интроскопии не позволяет с достаточной степенью достоверности ответить на вопрос о поражении метастазами тазовых лимфатических узлов. Частота ложноположительных и ложноотрицательных ответов составляет от 15 до 68%. Наиболее информативным методом является тазовая лимфаденэктомия. При гистологическом исследовании удаленных лимфатических узлов метастазы в них обнаруживают значительно чаще, чем они могут быть выявлены с помощью других, не хирургических методов исследования. Так, H. Zincke и соавт. (1982) у 99 больных раком предстательной железы без отдаленных метастазов произвели тазовую лимфаденэктомию и у всех обнаружили метастазы в одном или большем числе удаленных лимфатических узлов. Оценив выживаемость в группе из 70 радикально оперированных больных, авторы пришли к выводу, что возраст, размеры

опухоли и степень ее злокачественности не имели значения для прогноза, а основным отрицательным прогностическим фактором оказалось количество метастатически пораженных регионарных лимфатических узлов. Результаты радикальной простатэктомии можно было считать удовлетворительными лишь у больных, у которых метастазы были не более чем в двух тазовых лимфатических узлах. По нашему мнению, тазовая лимфаденэктомия является необходимым диагностическим методом, который необходимо применять при планировании радикального лечения рака предстательной железы. Информация, получаемая с ее помощью, позволит выработать показания к радикальной простатэктомии и окажет значительную помощь в планировании лучевой терапии и комбинированного лечения.

Тактические врачебные ошибки другого рода возникают при выборе тактики лечения больных с IV стадией заболевания, т. е. при наличии отдаленных метастазов, чаще всего в костях. Как правило, лечение этой многочисленной группы больных ограничивается эстрогенотерапией, которую проводят в течение оставшейся жизни, и симптоматическими средствами. В то же время в последние годы в литературе появились сообщения о применении различных схем полихимиотерапии при лечении распространенного рака предстательной железы. Практически все авторы утверждают, что химиотерапия способствует стабилизации опухолевого процесса, приводит к уменьшению выраженности болевого симптома и улучшению общего состояния больных. По сообщению ряда зарубежных авторов, эффективность химиотерапии составляет от 32 до 69%.

Нами были изучены возможности полихимиотерапии у 28 больных с отдаленными метастазами в костях скелета. Лечение проводили по двум схемам. Одна схема включала адриамицин, метотрексат, циклофосфан, другая — адриамицин и цисплатину. По первой схеме проведено лечение 17 больных. Частичный эффект, выражавшийся в уменьшении количества метастазов, зафиксированный рентгенологически, получен у 3 (17,6%) больных в сроки от 3 до 8 мес; у 5 больных отмечена стабилизация процесса в сроки до 6 мес. По второй схеме проведено лечение 11 больных, при этом стабилизация процесса в сроки до 3—5 мес отмечена у 3 (27%) из них. Таким образом, эффективность лечения составила от 27 до 47%. Несмотря на небольшое количество наблюдений с объективно зарегистрированным эффектом, следует отметить, что при использовании химиотерапии у 19 (67%) больных наблюдался выраженный субъективный эффект. Он заключался в исчезновении или значительном уменьшении выраженности болевого симптома и дизурии. С учетом того факта, что химиотерапию проводили больным с гормонорезистентными формами рака предстательной железы IV стадии, т. е. практически обреченным людям,

данный вид лечения требует дальнейшего изучения и внедрения в практику.

Таким образом, из представленных данных следует, что ошибки встречаются на всех этапах обследования и лечения больных раком предстательной железы. Они связаны как с нечеткой клинической картиной заболевания, так и с недостаточной онкологической настороженностью врачей общей лечебной сети. В некоторых случаях ошибки обусловлены тем, что используют не весь арсенал диагностических методов, а также отсутствием у многих врачей-специалистов современных подходов к лечению рака предстательной железы.

По нашему мнению, одним из путей ранней диагностики рака предстательной железы является активная диспансеризация населения. Среди немногочисленных исследований, посвященных этой проблеме, обращает на себя внимание работа И. А. Федотова (1983). Он показал, что диспансеризация населения позволяет диагностировать рак предстательной железы в I и II стадии у 66,5%, а активное наблюдение за входящими в группу повышенного риска больными с различными неонкологическими заболеваниями предстательной железы — у 88% из числа заболевших.

Выживаемость среди больных раком предстательной железы, выявленных при диспансерном наблюдении, составила по 5-летнему сроку наблюдения 50,9%, а 10-летнему — 26,7%, среди активно выявленных больных — соответственно 65,6 и 37,8%. В то же время в группе больных раком предстательной железы, у которых заболевание диагностировано при их самостоятельном обращении за медицинской помощью, эти показатели составили соответственно 27 и 9,8%.

Таким образом, как отмечает Ю. Я. Грицман (1981), правильная тактика лечения онкологических больных предусматривает полноценное, быстрое, но детальное обследование больного; определение рационального объема лечебных мероприятий с учетом общего состояния больного и возможностей учреждения; своевременное направление больного к специалистам; проведение современной терапии с использованием методов, наиболее эффективных для данного больного; умелое ведение больного на всех этапах лечения с обеспечением преемственности медицинского обслуживания. Ошибки возникают вследствие незнания, недоучета или игнорирования онкологами и врачами других специальностей указанных правил. Упущения в любом из этих действий приводят к тяжелым последствиям.

ГЛАВА 21

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ У ДЕТЕЙ

У взрослых рак встречается достаточно часто, и практический врач имеет возможность неоднократно наблюдать таких больных, у детей же это заболевание встречается гораздо реже (в 10 раз реже, чем у взрослых), и врач может за все время своей деятельности не встретить ребенка с опухолью. По нашим данным, врач-педиатр в течение всей своей практики наблюдает в среднем 3 детей с гемобластозами и одного ребенка с солидной опухолью, врач-онколог (общего профиля) — не более 3 детей с солидными опухолями. Лишь детский хирург встречается с ними несколько чаще: в среднем ему приходится лечить до 7 больных с солидными опухолями.

По последним данным, основанным на результатах выборочных исследований, ежегодно злокачественные опухоли развиваются у 15 детей на 100 000 детского населения, т. е. у одного из 600 детей. Однако злокачественные новообразования у детей составляют лишь около 3% от общей онкологической заболеваемости. В связи с этим одна из причин затруднений в диагностике и лечении опухолей у детей — отсутствие личного врачебного опыта.

Ошибки в детской онкологии встречаются часто (особенно в распознавании опухолей), что связано не столько с относительно низкой частотой злокачественных новообразований в детском возрасте, сколько с особенностями опухолей у детей, из которых следует выделить следующие.

1. Многие опухоли в детском возрасте связаны с пороками развития. Некоторые авторы утверждают, что большинство опухолей развивается на фоне порока развития. Так, D'Angio (1976) указывает, что нефробластома возникает, как правило, в порочно развитой почке. Нередко опухоль маскируется пороком развития. В то же время порок развития может затруднять лечение новообразования.

2. Необычна структура заболеваемости злокачественными новообразованиями в детском возрасте (табл. 21.1).

Из данных табл. 21.1 видно, что раковые опухоли, с которыми врачи привыкли встречаться у взрослых, у детей наблюдаются крайне редко, и наоборот, более чем у 44% детей со злокачественными образованиями встречаются гемобластозы и саркомы.

3. В связи с врожденным характером морфологического типа опухоли у детей возникают значительные трудности при

Таблица 21.1

Структура заболеваемости злокачественными новообразованиями у детей и взрослых

Новообразование	Дети	Взрослые
Острый лейкоз	29,5	4
Злокачественные лимфомы	14,5	6
Опухоли центральной нервной системы	18	6
Опухоли мягких тканей	7	2
Опухоли костей	6,5	1
Опухоли почек	7	0,5
Нейрогенные опухоли	6	2
Ретинобластома	4	0,5
Опухоли печени	2,5	1
Опухоли яичек	3	2
Рак (желудка, легких, матки, молочной железы, пищевода, толстой, прямой кишки и т. д.)	6	73
Другие опухоли	2	1

его верификации. Критерии злокачественности, особенно гистологические, крайне относительны, особенно у детей грудного возраста. Заведомо злокачественные опухоли, такие как нефробластома и нейробластома, длительное время развиваются как доброкачественные: в капсуле, не прорастая окружающие органы и ткани. Они могут достигать огромных размеров (особенно нефробластома), занимая все забрюшинное пространство и даже малый таз, сдавливая соседние органы и ткани, нарушая их функцию, но при этом остаются вполне операбельными. В то же время такие доброкачественные опухоли, как гемангиомы и лимфангиомы, довольно часто обладают инфильтрирующим ростом, проникают в окружающие органы и ткани, разрушая их; в этих опухолях могут встречаться и фигуры митозов. Поражая некоторые органы (особенно печень у новорожденных), такие опухоли могут привести к смерти ребенка. Многие из них с большим трудом поддаются лечению.

Гистологическое исследование распространенных у детей, особенно у новорожденных, опухолей — тератом указывает на наличие в них недифференцированных элементов. Однако это свидетельствует (если не произошло озлокачествления тератомы и она не перешла в тератобластому) лишь о незрелости тканей, а не о злокачественности. По мнению многих авторов, гистологическая картина некоторых опухолей у детей настолько своеобразна, что в ряде случаев невозможно отличить саркоматозные клетки от эпителиальных. Особенно затруднено распознавание цитологической картины материалов, полученных путем пункционной биопсии или мазков с опухоли. В связи с этим нередко возникают диагностические и лечебные ошибки. По нашим данным, в 15% случаев морфологический

диагноз изменяется после просмотра гистологического препарата морфологом, специализирующимся в области детской онкологии.

21.1. ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ

Ошибки в распознавании опухолей у детей обусловлены рядом причин.

1. В связи с тем что у детей раннего возраста невозможно получить анамнестические сведения, приходится прибегать к расспросу матери и ближайших родственников, хотя эти данные далеко не равноценны полученным от самого больного. Нередко родственники неправильно оценивают свои наблюдения, упуская наиболее важное и, наоборот, выделяя подробности, которые лишь искажают клиническую картину заболевания.

Отсутствие жалоб со стороны больного затрудняет работу врача, так как многие жалобы носят субъективный характер, в то же время отражая состояние больного. Если при расспросе ребенка все же удается выявить ряд симптомов, то это, как правило, помогает установить правильный диагноз. По нашим наблюдениям, достоверно рассказать о своем состоянии может лишь ребенок в возрасте 5 лет и старше, и то в тех случаях, когда с ним удается установить полный контакт. В других же случаях врач вынужден активно «искать» признаки болезни, предполагать жалобы ребенка. Взрослый больной может рассказать о неотчетливых, неясных, непривычных ощущениях, о «дискомфорте», ребенок же во многих случаях не может выразить свои ощущения, если они не носят определенный болевой характер. Только боль он всегда отмечает, но не всегда правильно локализует. Если врач, осматривая взрослого больного, может, основываясь на жалобах, начать строить диагностическую гипотезу, и ему многое подсказывает сам больной, то врач, обследующий ребенка, во многих случаях лишен такой возможности. Вследствие этого возникает ряд ошибок.

Увлекшись рассказом матери ребенка, врач иногда идет по неправильному пути. Это связано с тем, что в детском возрасте многие опухоли, особенно в начальной стадии, не имеют ярко выраженных симптомов, поэтому остаются вне поля зрения матери. Следовательно, одной из причин врачебных ошибок является отсутствие патогномоничных ранних признаков заболевания, которые можно было бы выявить при расспросе матери ребенка. Конечно же, и у маленького ребенка имеются ощущения дискомфорта и другие симптомы, которые помогли бы врачу в установлении диагноза, но, к сожалению, дети сообщают лишь о резких ощущениях и изменениях своего состояния. Однако даже в таких случаях их рассказ не всегда верен.

Мать 3-летней девочки рассказала врачу о том, что ее ребенок 3 дня назад упал и с тех пор «неважно себя чувствует»: плачет, кричит. По сло-

вам матери, ребенок ударился головой (хотя мать и не видела момент падения). Других жалоб не отмечено. «У ребенка, — добавила при расспросе мать, — 2 раза была рвота». Установлен диагноз «сотрясение мозга», и ребенок был отпущен домой, ему рекомендован покой (при рентгенографии черепа патологии не выявлено). Через 7 дней девочка доставлена в больницу в связи с резким ухудшением состояния. Диагностирован разрыв нефробластомы. В больнице мать вспоминала, что девочка несколько раз показывала на животик, пытаясь объяснить, что он у нее болит, и что за месяц до падения у нее 2 раза была измененная моча (как потом выяснилось, возникала гематурия).

2. Большинство злокачественных опухолей в детском возрасте не имеет патогномоничных ранних признаков. Почти для всех опухолей у детей характерны одинаковые признаки, мало отличающиеся или неотличающиеся от таковых при других заболеваниях. Этот набор признаков называют «опухолевый симптомокомплекс»: бледность кожных покровов разной степени выраженности, слабость, изменение поведения ребенка (раздражительность, плаксивость, быстрая утомляемость, иногда негативизм), периодически отмечающаяся субфебрильная температура, нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта (понос, запор, тошнота, реже рвота), иногда неясные «летучие» боли в животе, нередко слабо выраженная анемия, несколько повышенная СОЭ.

Обычно, установив эти симптомы, врач не думает об опухоли, поскольку у педиатров и детских онкологов, к сожалению, еще не принят на вооружение лозунг: «Прежде всего думай о раке!» Вместе с тем эти признаки существуют длительное время, но болезнь развивается, и появляются новые симптомы, которые уже свидетельствуют о далеко зашедшем опухолевом процессе. Именно поэтому самые первые общие симптомы, пусть неотчетливые, должны послужить для врача сигналом к целенаправленному диагностическому поиску. Если такой поиск не проводится и остаются незамеченными эти общие симптомы, то врач рискует совершить диагностическую ошибку. «Необычная клиническая картина является важной путеводной нитью к диагностике рака у детей» [Dargeon H., 1964].

3. Существует множество «масок», под которыми скрываются злокачественные опухоли. Практически любое заболевание в детском возрасте, да и некоторые физиологические состояния по своим проявлениям могут быть похожи на опухолевый процесс и наоборот. Положение усугубляется тем, что наряду с опухолью протекают другие заболевания и физиологические процессы: рахит, пубертатные и препубертатные явления, прорезывание зубов и т. д. Так, например, мы встретились со случаем, когда девочке 12 лет установили диагноз физиологического увеличения желез (было одностороннее увеличение молочной железы), а впоследствии она была госпитализирована с запущенной саркомой молочной железы. В то же время нередко приходится консультировать детей, которых направля-

ют с диагнозом «опухоль молочных желез», а в действительности у подавляющего большинства из них оказывается физиологическое увеличение этих желез, как правило, двустороннее. Не так уж редко приходится встречаться с гипердиагностикой и при мастите новорожденных.

Некоторые детские инфекционные заболевания по некоторым признакам настолько схожи с опухолевым процессом, что дифференцировать их чрезвычайно трудно даже опытному врачу. Речь идет об инфекционном мононуклеозе. Это заболевание, как и многие злокачественные опухоли в детском возрасте, развивается постепенно. Обычно, как и при опухолях, отмечаются легкое недомогание, субфебрильная температура, небольшое увеличение лимфатических узлов. В дальнейшем наблюдаются увеличение селезенки и печени, значительное увеличение шейных лимфатических узлов, высокая температура тела, в крови преобладают элементы лимфоцитарного ряда.

Такая же картина может наблюдаться и при остром лейкозе у детей: гиперплазия лимфатических узлов, увеличение селезенки, изменения в крови, в некоторых случаях такие же, как и при инфекционном мононуклеозе. Мы наблюдали детей с инфекционным мононуклеозом, которым ставили диагноз острого лейкоза, а у одного ребенка острый лейкоз был ошибочно принят за инфекционный мононуклеоз и назначено соответствующее лечение. Вместе с тем дифференциальный диагноз, как правило, основывается не только на данных, получаемых при наблюдении за больным (при лейкозе нарастают анемия и геморрагический синдром, а для инфекционного мононуклеоза характерны циклическое течение, постепенное улучшение состояния и довольно быстрое выздоровление), но и на результатах стернальной пункции, которая позволяет обнаружить характерные для острого лейкоза изменения в костном мозге.

Почти каждое детское заболевание сопровождается увеличением лимфатических узлов той или иной степени выраженности. Многие опухоли у детей, особенно гемобластозы, также протекают с гиперплазией лимфатических узлов. Нередко в этом кроются истоки врачебных ошибок. Наш многолетний опыт свидетельствует о том, что большинство врачей относят увеличение лимфатических узлов к так называемым банальным лимфаденитам и редко думают о том, что оно может быть одним из проявлений злокачественной опухоли. Увеличение шейных лимфатических узлов обычно считают реакцией на кариес, «непорядки» в носоглотке, заболевание уха. Чаще всего так и бывает, но в ряде случаев за таким увеличением скрывается злокачественная опухоль (чаще всего лимфогранулематоз). По нашим данным, 70% детей, больных лимфогранулематозом, длительное время (от 1 мес до 1 года) наблюдались по поводу «банального» лимфаденита. Вместе с тем, для того чтобы установить правильный диагноз, достаточно провести обыч-

ную пункцию лимфатического узла — процедуру, доступную каждому врачу в любых условиях. Часто врачи начинают лечить увеличение лимфатических узлов тепловыми процедурами, физиотерапией, в результате чего резко ухудшается состояние больного, лимфатические узлы увеличиваются еще больше. Лишь тогда с опозданием производят диагностическую пункцию или биопсию с морфологическим исследованием. Мы наблюдали случаи, когда при увеличении лимфатических узлов в связи с подозрением на абсцесс ошибочно выполняли хирургическое вмешательство типа лимфаденотомии.

Для врача должно стать правилом обязательно производить пункцию увеличенного лимфатического узла в тех случаях, когда для гиперплазии нет достаточных оснований, не происходит их регрессии, несмотря на ликвидацию очага воспаления, и во всех сомнительных диагностических случаях.

4. Относительно небольшое количество визуально обнаруживаемых опухолей у детей также затрудняет их диагностику. У детей встречаются как казуистика рак молочной железы, а также шейки матки, пищевода, желудка, прямой кишки, которые доступны эндоскопическому исследованию. Чаще же у детей развиваются опухоли, которые невозможно обнаружить при визуальном исследовании: опухоли забрюшинного пространства (нефро- и нейробластомы), мозга, средостения, печени. Это затрудняет обследование маленьких пациентов и способствует увеличению количества диагностических ошибок.

С целью обследования ребенка, у которого заподозрена опухоль, приходится применять сложные методы исследования. При этом не всегда удается использовать методы морфологической верификации, а в детской онкологии точный морфологический диагноз, установленный до операции, просто необходим, так как в большинстве случаев показано предоперационное лекарственное или лучевое лечение. Об этом необходимо всегда помнить, в противном случае диагностические, а затем и лечебные ошибки практически неизбежны. Мы наблюдали такие случаи, когда вместо злокачественной опухоли диагностировали доброкачественный процесс. Особенно много таких ошибок возникает при распознавании опухолей костей. Приводим одно из наших наблюдений.

Девочка 14 лет в течение года находилась под наблюдением травматолога по поводу остеомиелита малоберцовой кости. На фоне ухудшения общего состояния произведена резекция малоберцовой кости. В послеоперационном периоде отмечалась субфебрильная температура, в связи с чем проведена рентгенография грудной клетки (до операции это исследование не выполняли, что также было грубой врачебной ошибкой). На рентгенограмме обнаружены два больших метастаза в легких. Гистологический диагноз: саркома Юинга. Ретроспективно: опухоль Юинга у девочки развилась более года тому назад, и адекватного лечения она не получала.

Дифференциальная диагностика остеомиелита и саркомы Юинга, а также остеогенной саркомы, в ряде случаев чрезвы-

чайно трудна, и установить характер заболевания без морфологического исследования (а иногда не помогает и трепанобиопсия) не всегда возможно. Нам известен случай, когда у ребенка была произведена ампутация нижней конечности по поводу рентгенографически установленной остеогенной саркомы (на основании результатов трепанобиопсии нельзя было исключить злокачественный процесс), и только при гистологическом исследовании, проведенном после ампутации, был установлен истинный диагноз остеомиелита. Во избежание подобных ошибок во всех случаях, когда возникает хоть малейшее сомнение, необходимо добиваться точного гистологического диагноза.

5. Расположение наиболее часто встречающихся у детей новообразований в труднодоступных для исследования областях создает значительные трудности в диагностике и является источником ошибок. Опухоли центральной нервной системы, забрюшинного пространства (нефро- и нейробластома), нейрогенные и лимфогенные опухоли средостения составляют более половины всех опухолей у детей.

Опухоли, локализующиеся в этих труднодоступных для исследования топографоанатомических областях, нередко растут очень медленно, не вызывая видимых объективных изменений (разумеется, это не касается случаев, когда опухоль мозга затрагивает жизненно важные центры). Раздвигая окружающие органы и ткани, новообразование постепенно увеличивается в размерах, и часто его обнаруживают лишь тогда, когда оно достигнет значительной величины или, как это нередко бывает при нефробластоме, возникнут отдаленные метастазы. Обнаружение опухолей центральной нервной системы у детей особенно затруднено, так как опухоли мозга обычно начинают проявляться субъективными ощущениями (головокружения, тошнота, нарушение зрения, головная боль), о которых дети раннего возраста могут не сообщить окружающим. Именно поэтому столь часты случаи запоздалой диагностики опухолей мозга у детей. Такие дети длительно находятся под наблюдением педиатров по поводу предполагаемых «обычных» заболеваний детского возраста. Если к тому же в анамнезе имеется указание на какую-либо родовую травму, то нередко устанавливают диагноз: родовая травма центральной нервной системы или остаточные явления родовой травмы, а если у ребенка при этом имеется глистная инвазия, то перечисленные симптомы нередко связывают с ней. Затруднена дифференциальная диагностика и в тех случаях, когда при опухолях мозга выражены менингеальные симптомы, которые придают болезни сходство с менингитом. В ряде случаев ребенка даже лечат по поводу «менингита». Ремиссии при опухолях мозга наблюдаются редко.

Значительные трудности возникают при дифференциальной диагностике опухолей мозга и различных инфекционных заболеваний, особенно у детей раннего возраста. Однако нередко

врачебные ошибки возникают из-за отсутствия опыта. Во избежание ошибок следует не только учитывать особенности анамнеза и клинической картины, но и как можно раньше применять объективные методы исследования, в первую очередь исследование цереброспинальной жидкости и глазного дна. Применение компьютерной томографии и ядерно-магнитного резонанса значительно облегчает диагностику опухолей у детей. Эти методы позволяют избежать многих диагностических ошибок.

Не меньше трудностей возникает при распознавании опухолей, расположенных в забрюшинном пространстве. Как правило, эти опухоли выявляют тогда, когда они уже достигают значительных размеров. Чаще всего их обнаруживает мать ребенка. Между тем, если врач при профилактическом осмотре методически правильно проводит пальпацию живота, он может обнаружить даже небольшие опухоли данной локализации. Однако и после обнаружения опухоли могут возникать диагностические ошибки. Большинство детей с забрюшинными опухолями длительное время находятся под наблюдением и получают лечение по поводу различных неопухолевых заболеваний. В частности, больные с нейробластомой и нефробластомой III—IV стадии находились под наблюдением по поводу неопухолевых заболеваний в течение 1—1,5 мес после обращения к врачу (табл. 21.2) [Заева Г. Е., 1982].

Нередко врач ошибочно принимает опухоль левой почки за увеличенную селезенку и устанавливает диагноз спленомегалии. При эпидемии гриппа больные со злокачественными опухолями часто попадают в группу инфекционных больных.

При изменениях мочи, особенно при гематурии, довольно часто дети с опухолевой патологией длительное время находят-

Таблица 21.2

Частота первично установленных в районных поликлиниках Москвы диагнозов у детей с запущенными формами забрюшинных опухолей

Первичный диагноз	Число больных
Порок развития почки, дистопия почки	2
Рахит	3
Хронический гепатохолецистит, гепатомегалия	12
Полиартрит, коллагеноз, миозит	8
Кишечная колика	1
Острое респираторное заболевание, грипп	36
Инфекция мочевыводящих путей	7
Колит, гельминтоз, копростаз, мезаденит	14
Родовая травма	1
Тонзиллогенная интоксикация	3
Постинфекционная анемия	2
Диагноз не установлен	6

ся под наблюдением и получают лечение по поводу нефрита. Приводим одно из таких наблюдений.

Мальчик 4 лет поступил в терапевтическое отделение больницы в связи с периодически возникавшей микро- и макрогематурией. Явления микрогематурии случайно обнаружены 2 мес назад при исследовании мочи по поводу поступления в детский сад. В дальнейшем установлен стойкий характер микрогематурии и отмечены случаи макрогематурии. В отделении диагностирован нефрит (выявлено также повышенное артериальное давление) и начато активное лечение, включавшее физиотерапевтические процедуры на поясничную область. Однако состояние ребенка продолжало ухудшаться. При рентгенографии грудной клетки в правом легком обнаружена патологическая тень. При осмотре хирургом заподозрена нефробластома. В нашем отделении при обычной внутривенной урографии была диагностирована нефробластома и подтвержден метастаз в легком.

Это, к сожалению, нередко встречающаяся врачебная ошибка, связанная с отсутствием онкологической настороженности по отношению к ребенку. В данном наблюдении врачи обратили внимание на два симптома: макро- и микрогематурию, повышение артериального давления, между тем эти симптомы нередко наблюдаются при опухоли почки. Если бы врач подумал о возможности злокачественного новообразования, то провел бы сравнительно несложное исследование — внутривенную урографию (или ультразвуковое исследование), своевременно установил диагноз и не назначил бы стимулирующих развитие опухоли физиотерапевтических процедур.

В связи с тем что расположенные в забрюшинном пространстве опухоли труднодоступны для исследования, приходится применять сложные методы исследования, в частности нередко абдоминальную аортографию, но и они не всегда позволяют установить правильный диагноз. Мы нередко испытывали затруднения при проведении дифференциальной диагностики нефробластомы и нейробластомы или той и другой с опухолью печени (гепатобластома). Даже в специализированной клинике частота ошибок в таких случаях достигает 5%, а в общепедиатрической сети доходит до 40%.

Ошибки возникают и при распознавании опухолей переднего средостения у детей. Мы наблюдали случаи, когда злокачественные опухоли данной локализации первоначально трактовали как «увеличение вилочковой железы». Нередко трудно дифференцировать злокачественную тимому от лимфогранулематоза и лимфосаркомы средостения.

Не всегда отчетливые данные дает и пункционная биопсия. Во избежание диагностической ошибки приходится прибегать к медиастинотомии.

6. Необходимость почти во всех случаях применять анестезиологическое пособие при инструментальных исследованиях у детей усложняет проведение обследования. Тем не менее осуществление обследования под наркозом дает возможность применить сразу несколько методов исследования и уменьшить

продолжительность тяжелого для ребенка этапа диагностики. Исследование с применением миорелаксантов позволяет избежать многих ошибок. При пальпации живота под миорелаксантами можно обнаружить незначительные изменения не только в брюшной полости, но и в забрюшинном пространстве.

Анализ врачебных ошибок позволяет считать, что именно они являются наиболее частой причиной запоздалой диагностики злокачественных новообразований у детей. При изучении историй болезни детей, госпитализированных в далеко зашедших стадиях опухолевого процесса, установлено, что в 66% случаев это произошло по вине врачей, в 23% — в связи с трудностями диагностики и лишь в 11% — по вине родителей заболевших детей.

Мы намеренно повторяемся, так как основной источник ошибок врачей при распознавании опухолей у детей — отсутствие онкологической настороженности.

Проводя в течение ряда лет работу по воспитанию у врачей онкологической настороженности по отношению к ребенку, мы выяснили, что подавляющее большинство врачей плохо ориентируются в вопросах детской онкологии. При анкетировании и в беседах на семинарах по детской онкологии установлено, что более 85% врачей (педиатры, онкологи и детские хирурги) не знакомы с симптоматикой опухолевых заболеваний у детей, диагностикой и дифференциальной диагностикой злокачественных новообразований в детском возрасте. До настоящего времени детские врачи не соблюдают правило, которое принято во «взрослой» медицине, предписывающее провести тщательное обследование каждого больного, обратившегося к врачу любой специальности, для выявления возможной злокачественной опухоли.

Вместе с тем в детской онкологии есть особенности, облегчающие распознавание опухолей. У детей встречаются в основном злокачественные новообразования шести локализаций: главным образом поражаются кроветворная система, центральная нервная система, глаза, забрюшинное пространство (нейро- и нефробластома), мягкие ткани и кости. Почти не встречаются опухоли пищевода, желудка, прямой кишки, легких, шейки матки, матки, молочной железы, злокачественные опухоли кожи, носоглотки. Это обстоятельство позволяет целенаправленно вести диагностический поиск.

Учитывая, что преподавание детской онкологии в медицинских вузах практически не ведется, мы силами детской клиники организовали частичное постдипломное обучение молодых врачей основным навыкам педиатрической онкологии. За 8 лет такого обучения (были проведены семинары для педиатров, разборы «запущенных случаев», подготовка на рабочих местах) удалось в $2^1/_2$ раза уменьшить число поступивших в клинику детей со злокачественными новообразованиями III—IV стадии.

Проведенный анализ врачебных ошибок, допущенных при распознавании опухолей у детей, показал, что в 87% случаев они связаны с недостаточной онкологической настороженностью (или ее отсутствием) врачей, прежде всего педиатров, по отношению к ребенку.

21.2. ОШИБКИ В ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

Ошибки в лечении детей со злокачественными опухолями также в известной степени связаны с особенностями детской онкологии и обусловлены разными причинами.

1. Значительные трудности возникают вследствие нарушения топографоанатомических взаимоотношений при многих опухолях у детей, требующих оперативного вмешательства. После рождения или в раннем детском возрасте, когда еще не до конца сложились правильные взаимоотношения органов, а связочный аппарат не окреп, клетчатка нежна и весьма эластична, опухоль по мере своего роста нарушает обычное расположение органов, привычное для общих хирургов. При этом можно наблюдать различные варианты расположения пораженных опухолью органов. Нередко опухоль почки, например, может располагаться в малом тазе или здоровая почка может быть смещена туда нейробластомой. У детей наблюдаются такие смещения органов, которые у взрослых трудно представить: печень может так высоко поднять диафрагму, что кажется расположенной в грудной полости, или может быть развернута так, что трудно определить ее части и проекцию. У детей особенно часто смещаются почки, что обусловлено их расположением и большой подвижностью. Нейробластома, например, достигая значительных размеров, резко смещает почку (или почки), разворачивает ее вокруг поперечной и продольной осей, что крайне затрудняет не только диагностику, но и выполнение оперативного вмешательства.

Особенно большие трудности для хирурга создает смещение магистральных сосудов. Большинство опухолей забрюшинного пространства (а именно они наиболее часто подлежат хирургическому лечению у детей) смещают брюшную аорту и нижнюю полую вену и нередко очень значительно. Довольно часто смещаются и подвздошные сосуды, что в ряде случаев является причиной ошибок во время операции. Кроме ранений крупных сосудов, при которых приходится накладывать сосудистые швы, в некоторых случаях наблюдается и перевязка крупных стволов. Нам известны случаи повреждения брюшной аорты и нижней полой вены (она повреждается чаще), когда наложение сосудистого шва было крайне затруднено, а в одном случае привело к смерти ребенка с нейробластомой. Мы наблюдали полную перевязку брюшной аорты, что обнаружилось спустя несколько месяцев после операции. Ребенок остал-

ся жив благодаря тому, что в результате длительного существования опухоли развились многочисленные коллатерали.

Во избежание подобных ошибок рекомендуется проводить абдоминальную аортографию, которая позволяет во время операции лучше ориентироваться во взаимоотношениях опухоли с магистральными сосудами. Резкое смещение органов опухолью, затрудняя ориентировку, также может служить источником ошибок во время операции. Мы наблюдали случай, когда при выполнении оперативного вмешательства по поводу нефробластомы при перевязке сосудистой ножки почки хирург пересек ножки обеих почек. Источником ошибки послужило то, что вследствие смещения обеих почек (и пораженной нефробластомой, и здоровой) их сосудистые ножки лежали рядом. Только наложив с большим трудом сосудистый шов, удалось спасти ребенка.

2. При сочетании опухолей с пороками развития, особенно часто с пороками мочеполовой системы, увеличиваются трудности топографического ориентирования во время операции. Мы наблюдали ошибки, связанные с неправильно выбранной границей резекции при подковообразной почке, одна часть которой была поражена нефробластомой.

У девочки 12 лет во время диагностической лапаротомии по поводу лимфогранулематоза обнаружен опухолевый конгломерат, похожий на скопление лимфатических узлов. По протоколу исследования, кроме спленэктомии и биопсии печени, необходимо было произвести биопсию парааортальных лимфатических узлов. Во время биопсии началось кровотечение, которое с трудом удалось остановить. При дальнейшей ревизии брюшной полости обнаружено, что в этом конгломерате находилась единственная почка.

В данном наблюдении (а оно не единично) ошибка врача состояла в том, что он провел неполное обследование больной до операции. В детской онкологии правилом является обязательное исследование забрюшинного пространства (обычно ультразвуковое исследование или внутривенная урография). Если бы такое исследование было проведено в описанном наблюдении, то ошибки бы не произошло.

В ряде случаев приходится не только удалять опухоль, но и проводить коррекцию порока, что затрудняет выполнение оперативного вмешательства, а иногда делает невозможным радикальное удаление опухоли. Нередко опухолью поражается один из парных органов при наличии порока развития другого, например при нефробластоме довольно часто (около 10% случаев) отмечается и билатеральное поражение. Мы наблюдали случаи, когда принималось необоснованное решение о возможности выполнить радикальную операцию, но в ходе оперативного вмешательства выяснялось, что в связи с сочетанием порока и опухоли провести его нельзя.

Поскольку при развитии опухолей возможно изменение топографоанатомических соотношений и нередко наблюдается со-

четание опухоли с пороками развития, необходимо до операции проводить детальное обследование больных с применением самых совершенных методов. Если учреждение не располагает такими возможностями, то ребенок с опухолью должен быть переведен в специализированное детское онкологическое учреждение. Врач обязан предусмотреть не только свои способности, но и возможности больницы в диагностике и лечении каждого больного.

3. Одной из особенностей детской онкологии являются «большие операции у маленьких пациентов». Не так уж редко приходится выполнять комбинированные оперативные вмешательства с удалением или резекцией нескольких органов, отличающиеся повышенной травматичностью. Такие операции требуют четкого обоснования онкологической целесообразности, специальной подготовки хирурга, современного реанимационно-анестезиологического обеспечения. В противном случае велика вероятность возникновения лечебно-тактических ошибок, чаще всего заключающихся в отказе от радикальной операции.

Среди наблюдавшихся нами больных было 47 детей с опухолями печени и забрюшинного пространства, которым произвели радикальное оперативное вмешательство после того, как в стационаре по месту жительства они были признаны неоперабельными.

Девочка 12 лет доставлена в нашу клинику родителями. В клинической районной больнице произведена лапаротомия по поводу опухоли печени. Опухоль признана неоперабельной. В протоколе оперативного вмешательства указано, что поражены обе доли печени. При обследовании: состояние девочки средней тяжести; с помощью абдоминальной аортографии удалось установить, что правая доля печени тотально поражена, а левая свободна от опухоли. Произведена правосторонняя гемигепатэктомия. Гистологический диагноз: гепатобластома. В настоящее время нашей пациентке 26 лет, она имеет сына.

Иногда ошибки при оценке операбельности возникают из-за неправильного выбора операционного доступа. Так, у 27 детей с нефробластомой, ранее оперированных в различных клиниках, опухоль была признана неоперабельной. Затем всем этим больным в нашей клинике были произведены радикальные операции. При анализе этих наблюдений было установлено, что во всех случаях операционный разрез был очень мал, и нельзя исключить, что это явилось причиной неполноценной операционной ревизии и в итоге необоснованного отказа от радикального вмешательства. Трансперитонеальный доступ при забрюшинно расположенных опухолях должен быть достаточным для того, чтобы можно было полностью осмотреть брюшную полость и забрюшинное пространство (обе почки и печень — наиболее поражаемые органы у детей).

Вместе с тем неоправданное расширение оперативного вмешательства в стремлении к радикализму приводит к тяжелым последствиям, иногда к смерти ребенка. Это происходит в тех

случаях, когда хирург не знаком с возможностями лекарственной и лучевой терапии в комплексном лечении опухолей у детей. Например, применив лекарственную и лучевую терапию после частичного удаления нейробластомы, можно добиться устойчивого выздоровления.

4. Особые ситуации возникают в связи с трудностями управления гомеостазом у ребенка со злокачественной опухолью. В детском организме, ослабленном интоксикацией и проведенным ранее лечением (лекарственным и лучевым), коррекция нарушений гомеостаза крайне сложна, что может послужить причиной ряда врачебных ошибок. В нашей клинике Г. П. Ковалевым (1980) доказано, что у ребенка со злокачественной опухолью возникает ряд паранеопластических синдромов:

1) нейроэндокринный (раздражительность, повышенная утомляемость, нарушение сна; полиневрит, нейромиозит, иногда энцефаломиопатия; уменьшение суточной экскреции с мочой 17-КС, увеличение экскреции с мочой дофамина и ДОФА, уменьшение количества норадреналина, увеличение суточной экскреции с мочой 5-оксииндолилуксусной кислоты);

2) метаболический (прогрессирующее уменьшение массы тела, уменьшение содержания в сыворотке крови аспарагиновой и аланиновой трансаминаз с преимущественным увеличением аспарагиновой трансаминазы, лабильность гликемии, повышение активности лактатгидрогеназы и альдолазы в сыворотке крови; повышение уровня общего холестерина в сыворотке крови; гипокалиемия, гипонатриемия, уменьшение содержания калия и повышение натрия в эритроцитах крови, гипокалиурия, гипокальциемия, гиперфосфоремия, уменьшение содержания железа в сыворотке крови, метаболический ацидоз);

3) иммунологический (уменьшение количества лимфоцитов в периферической крови, снижение реакции бласттрансформации Т-лимфоцитов, увеличение лейкоцитарного индекса интоксикации; снижение резистентности к инфекциям);

4) гематологический (уменьшение количества эритроцитов, понижение уровня гемоглобина, анизоцитоз, пойкилоцитоз, нейтрофилез, лимфопения, гиповолемия; увеличение клеток ретикулоэндотелиальной системы, нарушение процессов созревания клеток ретикулоцитарного и эритроидного ростков; снижение толерантности плазмы к гепарину, повышение содержания фибриногена плазмы; снижение фибринолитической активности плазмы; увеличение СОЭ);

5) поражения внутренних органов (тахикардия, аритмия, повышение артериального давления; снижение функциональной активности желудка и поджелудочной железы; изменение размеров и консистенции печени, гиперхолестеринемия и гипербилирубинемия, повышение активности в сыворотке крови аланиновой и аспарагиновой трансаминаз, повышение активности сывороточной амилазы, ослабление обезвреживающей функции

печени; снижение и нарушение способности почек концентрировать и разводить мочу, альбуминурия, цилиндрурия, гематурия, пиурия);

6) общесоматический (общая слабость, бледность кожных покровов, повышение температуры тела и др.).

Выше перечислены далеко не все признаки, выраженные в той или иной степени при злокачественной опухоли, но и приведенных достаточно для того, чтобы понять, как сложна коррекция гомеостаза у больного ребенка. В связи с этим нередко возникают врачебные ошибки. Если врач не принял во внимание все особенности метаболизма у детей со злокачественными опухолями, то могут произойти нарушения водно-электролитного баланса. Нам известны случаи передозировки жидкости, что приводило к отеку головного мозга. Наблюдаются случаи необоснованного отказа от химиотерапии, когда врач ошибочно устанавливает диагноз гепатита при наличии изменений, обусловленных паранеоплазией. Неадекватная лекарственная коррекция приводит к значительному ухудшению состояния ребенка, что осложняет течение послеоперационного периода и затрудняет проведение химиотерапии или лучевого лечения.

5. Большинство новообразований у детей (лейкоз, нефробластома, нейробластома, ретинобластома, медуллобластома) в отличие от опухолей у взрослых чрезвычайно чувствительно к лучевому лечению. При одних злокачественных новообразованиях у детей можно добиться излечения с помощью одной лишь лучевой терапии, при других она является компонентом комплексной терапии, но тогда следует учитывать повреждающее действие ионизирующего излучения.

Облучение может вызвать у детей тяжелые осложнения, поскольку их организм бурно растущий, не до конца сформированный и лабильный. Уже в процессе лечения отмечается резкое угнетение кроветворения. В таких случаях, хотя и редко, но возникают врачебные ошибки (и мы их наблюдали), когда, несмотря на грозные признаки истощения кроветворения, лечение не отменяют. У детей, особенно раннего возраста, лейкопения и лимфопения возникают значительно раньше и при меньших суммарных дозах. Во избежание лечебно-тактических ошибок об этом следует всегда помнить и более часто (не реже 2 раз в неделю) во время облучения проводить анализы крови.

У детей могут возникнуть деформации, сколиоз, укорочение конечности при попадании в область облучения зоны роста костей. При неправильной тактике облучения такие ошибки достаточно часты. Следует избегать облучения доброкачественных опухолей у детей, а если лучевое лечение все же проводят, то оно должно быть тщательно дозировано. Нам приходилось наблюдать деформации челюсти и трофические язвы после лучевого лечения гемангиом. Во всех этих случаях была нарушена методика облучения. При лучевом лечении детей необходимо

предусматривать строгую защиту зон роста и репродуктивных органов. Облучение должно быть строго дозированным, а поля облучения строго ограничены. С этой целью мы после удаления опухоли маркируем ложе удаленной опухоли металлическими клипсами, что позволяет радиологу точно определить поле облучения.

Ошибки возникают в тех случаях, если не учитывают потенцирующее действие некоторых агентов при лучевой терапии. Нам известен случай, когда при лучевом лечении в обычной дозе был применен актиномицин D, который потенцирует лучевое воздействие. Поскольку дозы обоих примененных средств не были снижены, развился тяжелый энтерит, который послужил причиной смерти ребенка.

6. В отличие от опухолей у взрослых большинство новообразований у детей чувствительно к противоопухолевым препаратам, поэтому почти 90% детей со злокачественными новообразованиями получают лекарственное лечение. В настоящее время применяют ряд противоопухолевых препаратов, но наиболее часто циклофосфан, винкристин, актиномицин D, адриамицин и препараты платины.

При проведении лекарственной терапии могут возникнуть ошибки, связанные с неправильной дозировкой препаратов, недооценкой побочных реакций и осложнений лекарственной терапии.

У детей противоопухолевая лекарственная терапия нередко сопровождается побочными реакциями (тошнота, рвота, снижение аппетита, ухудшение самочувствия, эпиляция), степень выраженности которых может быть разной. Эти побочные реакции — предвестники нередко тяжелых осложнений лекарственной терапии. В случае развития побочных реакций нередко возникают врачебные ошибки. Мы наблюдали смерть 2 больных вследствие того, что не были учтены эти предвестники и наступило резкое угнетение кроветворения в результате интенсивной полихимиотерапии. В обоих этих случаях нечетко осуществлялся лабораторный контроль и не было замечено быстрое уменьшение количества лейкоцитов: до 500 в течение недели.

Ряд лекарственных препаратов вызывают специфические побочные реакции и осложнения, что необходимо учитывать при проведении лекарственного лечения у детей. Так, при передозировках адриамицина нарушается деятельность сердца. В нашей практике имеется такой случай: врач своевременно не сделал электрокардиограмму и не отменил препарат. Винкристин вызывает тяжелые поражения нервной системы в виде полиневрита (мы также наблюдали такие случаи). При передозировке циклофосфана может развиться цистит разной степени выраженности.

Мы консультировали ребенка с тяжелым циститом, который развился вследствие неопытности врача, который следил

за изменениями крови и не заметил постепенного развития цистита вплоть до геморрагического, трудно поддающегося лечению.

С целью предотвращения врачебных ошибок при проведении лекарственного лечения злокачественных новообразований у детей необходимо осуществлять строгий лабораторный контроль. Кроме обязательного исследования не реже 2 раз в неделю (а по показаниям и чаще) периферической крови и еженедельного анализа мочи, необходимо исследовать также те системы и органы, которые в принципе могут страдать при применении того или иного препарата. Сложность проведения лекарственной терапии у детей заключается в том, что нужно ввести необходимую дозу препарата и в то же время избежать осложнений.

7. Своеобразие клинической картины злокачественных новообразований у детей, которое затрудняет диагностику, также создает определенные трудности в лечении, иногда приводя к врачебным ошибкам. Исследуя так называемый абдоминальный синдром при злокачественных опухолях у детей, сотрудник нашей клиники А. И. Дорошенко (1981) проанализировал диагностические ошибки. Абдоминальный синдром и острый живот возникали как при опухолях, локализовавшихся в брюшной полости (лимфосаркома кишечника, дисгерминома яичников), так нередко и при забрюшинных новообразованиях (опухоли почек, нейробластома). Острый живот у половины больных развивался на фоне кажущегося относительного благополучия. Лишь потом, оценивая состояние ребенка, родители отмечали, что до появления острой боли в животе у ребенка отмечались субфебрильная температура тела, тошнота, однократная рвота, бледность кожных покровов.

Основной врачебной ошибкой при абдоминальном синдроме и остром животе у больных с опухолями является неполное обследование больного, вследствие чего устанавливают ошибочные диагнозы: острый аппендицит, кишечная непроходимость, острый живот и производятся неоправданные операции. Экстренный характер оперативного вмешательства в ряде случаев не позволяет выполнить радикальную операцию. Во избежание подобных ошибок (при абдоминальном синдроме частота их достигает 60%) необходимо помнить о том, что боли в животе при опухолях у детей возникают очень часто, и проводить полную дифференциальную диагностику для установления их истинной причины.

Мы наблюдали ошибки и другого рода, когда при лапаротомии вследствие неполноценной ревизии брюшной полости и особенно забрюшинного пространства не обнаруживали опухоль, но проводили аппендэктомию и этим завершали операцию. Лишь через некоторое время, иногда достаточно продолжительное, диагностировали опухоль в далеко зашедшей стадии.

А. И. Дорошенко (1981) и D'Angio (1982) рекомендуют для уменьшения количества ошибок в выявлении опухолей у экстренно оперируемых детей проводить под наркозом пальпацию живота при релаксации мышц брюшной стенки и детальную ревизию органов брюшной полости и забрюшинного пространства во время операции, особенно при несоответствии клинических данных и операционных находок.

Врачебные ошибки в ряде случаев связаны с отсутствием четких рекомендаций по наблюдению за детьми, перенесшими лечение по поводу опухоли. Так, например, считается, что при солидной опухоли безрецидивный период продолжительностью 2 года времени является критерием полной излеченности ребенка. Однако в последние годы стало появляться все больше сообщений о том, что и спустя 2 года после окончания лечения возможны рецидив и метастазирование опухоли. D'Angio (1982) сообщает, что у лиц, леченных в детском возрасте по поводу злокачественных новообразований, к 20 годам риск повторного возникновения злокачественной опухоли в 10 раз выше, чем у их здоровых сверстников. В таких случаях метахронная первичная множественность опухолей достигает 12%. Наш опыт свидетельствует о том, что через 2 года после окончания лечения метастазы опухоли возникают приблизительно у 15% больных. В связи с этим все, кому было проведено лечение по поводу злокачественной опухоли, должны всегда оставаться в группе риска. Нам известны случаи, когда наблюдение за ребенком снимали рано, поэтому своевременно не выявляли рецидив заболевания. Мы располагаем данными о том, что нередко явные признаки рецидива (метастазирования) опухоли трактуются врачом как неопухолевое заболевание. Так, изменения в легких у ребенка, перенесшего нефрэктомию по поводу нефробластомы, ошибочно принимают за пневмонию. Таких случаев не так уж мало, а связаны они во многом с отсутствием онкологической настороженности по отношению к ребенку. При любых изменениях в организме ребенка, перенесшего лечение по поводу злокачественной опухоли, нужно прежде всего думать о злокачественном новообразовании.

Больше всего врачебных ошибок допускают в детских отделениях, где специально не занимаются лечением детей со злокачественными опухолями. Об этом свидетельствуют результаты лечения. Так, если в детских онкологических отделениях выздоравливают до 60% детей с нефробластомой, а при I—II стадии — до 90%, то в среднем по стране выздоравливают не более 15%. В нашей клинике выздоравливают более 90% детей с ретинобластомой, а в неспециализированных отделениях — не более 40—50%.

Многие врачебные ошибки связаны с отсутствием достаточного опыта, ведь педиатрическая онкология существует не более 30 лет (первое детское онкологическое отделение в нашей стране было организовано в 1962 г.). В связи с этим по ряду

вопросов еще нет четких рекомендаций. Это в свою очередь порождает врачебные ошибки. Положение усугубляется тем, что преподавание детской онкологии (и то в очень небольшом объеме) ведется лишь на кафедрах детской хирургии и главным образом теоретически, без воспитания практических навыков. Преподаватели, ведущие занятия, часто сами не имеют подготовки в области детской онкологии.

Объективные причины ошибок в детской онкологии состоят в следующем.

1. Недостаточное знание вопросов диагностики и лечения злокачественных новообразований у детей. Это связано с отсутствием ранних симптомов опухолевых заболеваний, стертостью клинической картины. Так, симптоматика острого лейкоза в начальной стадии может не отличаться от проявления острого респираторного заболевания, а ряд опухолей, например лимфогранулематоз, нефробластома, длительное время могут протекать почти бессимптомно и явиться случайной находкой.

2. Недостаточная конкретность медицинских знаний. Описанные симптомы и синдромы опухолевых заболеваний у детей далеко не всегда соответствуют конкретно тому или иному из них. Имеются различные варианты течения одних и тех же злокачественных новообразований в детском возрасте: длительно, исподволь развивающиеся, а иногда стремительно, катастрофически быстро прогрессирующие лимфосаркома, нефробластома и другие опухоли. Опухолевый процесс во многом зависит от возраста детей: у детей грудного возраста он протекает иначе, чем у школьников. Прогноз заболеваний также во многом зависит от возраста ребенка.

3. Неоднородность знаний, опыта, специальной подготовки врачей, различия в стаже. Эта причина наиболее характерна для педиатрической онкологии. К сожалению, большинство врачей не имеют достаточных знаний в области распознавания и лечения злокачественных новообразований у детей, не знают особенностей течения опухолевого процесса в детском возрасте. При этом ошибки допускают одинаково часто и молодые врачи, и опытные специалисты с большим стажем работы.

4. Различный уровень оснащенности медицинских учреждений диагностической, лечебной аппаратурой и оборудованием. Из-за отсутствия возможности провести ультразвуковое исследование, абдоминальную аортографию, не говоря уже о компьютерной томографии, значительно снижается качество обследования и могут возникнуть ошибки. Вместе с тем следует отметить, что в любых условиях врач может и должен заподозрить опухоль у ребенка и если он не имеет возможности провести детальное обследование, то обязан направить его в учреждение, где имеются соответствующие аппаратура и оборудование.

5. Трудности распознавания атипично протекающих опухолей. Следует подчеркнуть, что «типичное течение заболевания» для опухолевого процесса у ребенка скорее исключение, чем правило. Диагностические трудности возникают потому, что в зависимости от возраста, наличия сопутствующих заболеваний, физиологических изменений и главным образом анатомо-физиологических особенностей детского организма заболевания протекают по-разному. Чем более запущен опухолевый процесс, тем труднее его распознавание, так как наслаивается ряд симптомов, уводящих врача от истинного диагноза. Так, при наличии огромной опухоли, прощупываемой в животе, даже при достаточно полном инструментальном исследовании иногда трудно бывает решить, что это — нефробластома, лимфосаркома, нейробластома или опухоль печени.

6. Характерная особенность злокачественных новообразований у детей, как, впрочем, и других заболеваний детского возраста,— преобладание общих, неспецифических симптомов над местными. Общие симптомы привлекают внимание врача, но иногда направляют его по неправильному пути. В таких случаях обычно проводят лечение по поводу ошибочно диагностированных гриппа, вирусной инфекции и т. д. Однако целенаправленное обследование ребенка позволяет исправить эту ошибку. Динамическое наблюдение за больным, целенаправленное обследование, онкологическая настороженность исключает подобные ошибки.

Подводя итог всему изложенному выше, мы еще раз подчеркиваем, что главным условием, позволяющим предупредить ошибки в детской онкологии, является онкологическая настороженность по отношению к ребенку.

ГЛАВА 22

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОСТЕЙ

Злокачественные опухоли костей имеют незначительный удельный вес среди других новообразований человека. По данным Лионского международного агентства, у мужчин заболеваемость первичными злокачественными опухолями костей составляет 1,0, а у женщин 0,6—0,7 на 100 000 населения, т. е. ежегодно заболевают 1—2 человека на 100 000 населения. В крупных специализированных онкологических учреждениях в течение года под наблюдением находятся в среднем от 10 до 30 таких больных. В ВОНЦ АМН СССР за 25-летний период прошли лечение 933 больных со злокачественными опухолями костей,

т. е. в среднем не более 27 человек в год. Естественно, что в больницах общей лечебной сети больные с новообразованиями костей встречаются очень редко и, следовательно, как отдельные врачи, так и лечебные учреждения общего профиля не располагают большим опытом диагностики и лечения таких новообразований. В значительной степени именно поэтому в практической деятельности встречаются серьезные затруднения в распознавании опухолей костей, особенно на ранних этапах развития процесса. В специализированные онкологические учреждения большинство этих больных поступают с далеко зашедшими формами заболеваний. По данным Т. М. Григоровой (1971), 42,5% больных со злокачественными опухолями костей к моменту консультации в ВОНЦ АМН СССР находились в инкурабельном состоянии. Анализ случаев позднего направления больных в специализированные учреждения показывает, что причины диагностических ошибок многообразны.

Ошибки на этапе активного выявления больных. Новообразования костей относятся к группе опухолей, раннее распознавание которых и в настоящее время проблематично, поскольку современная медицинская наука не располагает для этого необходимыми возможностями. Это обусловлено в первую очередь объективными причинами. Одна из них заключается в том, что данная патология встречается редко, а следовательно, отсутствует достаточный опыт диагностики этих заболеваний у врачей медицинских учреждений общей лечебной сети, где совершается больше всего диагностических ошибок. Подавляющее большинство больных с опухолями костей впервые обращаются к терапевтам, хирургам, педиатрам, невропатологам и врачам других специальностей. Проходит много времени, прежде чем больного направляют к онкологу. По данным Л. Л. Роднянского и соавт. (1977), продолжительность периода от первого обращения к врачу до направления больных в специализированные учреждения составила от $1^1/_2$ мес до 3 лет (в среднем 4—5 мес). М. И. Синило и Н. Н. Кондратенко (1977) установили, что наибольшее количество ошибок (49,6%) было допущено врачами городских и районных больниц. При этом с момента появления первых клинических симптомов до обращения к врачу 96 больных с первичными злокачественными опухолями костей «потеряли» в общей сложности 25 лет, а с момента первого обращения к врачу до установления истинного диагноза прошло еще 55 лет. Эти данные свидетельствуют не только о том, что больные поздно обращаются за медицинской помощью, но и о явно запоздалой диагностике этих заболеваний. Последнее обстоятельство, по данным тех же авторов, подтверждается тем, что подавляющее большинство больных (73) обратились к врачу в первые 6 мес от момента появления клинических симптомов, а 61 из них — в первые 3 мес.

Таким образом, в большинстве случаев позднее обращение и запущенность процесса связаны с недостаточной осведомлен-

ностью врачей общей лечебной сети в симптоматике злокачественных новообразований скелета и отсутствием у них онкологической настороженности, особенно в отношении больных молодого возраста, у которых саркомы костей встречаются наиболее часто. Такое положение приводит к тому, что при первом обращении к врачу у больных с опухолями костей ошибочно диагностируют неопухолевые заболевания. По данным Т. М. Григоровой (1976), у 70,4% больных со злокачественными опухолями костей таза при первом обращении к врачу был установлен ошибочный диагноз воспалительного заболевания.

К объективным причинам диагностических ошибок следует отнести и трудности правильного распознавания процесса, обусловленные тем обстоятельством, что в ранних стадиях клинические симптомы имеют сходство с проявлениями других заболеваний опорно-двигательного аппарата. Данные, выявляемые с помощью объективных методов исследования, в этих случаях могут быть скудными и не давать оснований для установления правильного диагноза. В качестве примера приводим одно из наших наблюдений.

Больная И., 15 лет, с начала 1952 г. жаловалась на ноющие боли в левой голени. В последующие месяцы, несмотря на неоднократные обращения к врачу, при осмотре конечности патологических изменений отмечено не было. В январе 1954 г. боли усилились, на передней поверхности голени появилась разлитая припухлость, отмечалось повышение температуры тела до субфебрильной. Хирургом в районной поликлинике был заподозрен остеомиелит и впервые произведена рентгенография голени (рис. 22.1, а). В средней трети большеберцовой кости выявлен участок мелкоочагового разрежения костной ткани, корковый слой характеризовался продольной линейной исчерченностью и был несколько истончен. Периостальное костеобразование в виде линейного периостоза прослеживалось только по внутренней поверхности кости. Такая рентгенологическая картина послужила основанием для установления диагноза остеомиелита, и больная госпитализирована в одну из городских больниц Москвы, где было проведено противовоспалительное лечение. Отмечены временное исчезновение болей и нормализация температуры. Спустя 8 мес вновь появились сильные непрекращающиеся боли, рентгенологически отмечено нарастание разрушения кости (рис. 22.1, б). Больная вновь госпитализирована, произведена секвестрэктомия. Через 2 нед после вмешательства в области послеоперационного рубца появилась быстро растущая опухоль. Рентгенологически наблюдалось нарастание очагового разрушениия средней трети большеберцовой кости. Тень ее была асимметрично расширена за счет частично ассимилированного периостоза. На уровне послеоперационного костного дефекта выявлялся внекостный компонент опухоли с нежным рисунком спикул у его основания (рис. 22.1, в). При гистологическом исследовании операционного материла диагностирована саркома Юинга.

В приведенном наблюдении при первом рентгенологическом исследовании получены данные, интерпретация которых была затруднена даже при ретроспективном изучении. Диагностика саркомы Юинга в фазе развития, пока опухоль не распространилась на мягкие ткани, очень трудна, и рентгенологически опухоль часто неотличима от остеомиелита. Заболевание у больной развивалось постепенно. Выявлена цикличность тече-

ния, которую на фоне лечения антибиотиками приняли за уменьшение воспалительного процесса, что еще больше осложнило диагностику. Следует иметь в виду, что уменьшение болей и прекращение роста опухоли после противовоспалительного лечения отнюдь не являются дифференциально-диагностическими признаками, так как наблюдаются в клинической картине саркомы Юинга, являясь биологической особенностью опухоли. Для того чтобы точно установить характер патологического процесса в кости, необходимо тщательно сопоставить клинические и рентгенологические данные с результатом микроскопического исследования опухоли. В данном наблюдении отсутствие морфологической верификации диагноза перед операцией следует признать ошибкой, повлекшей за собой неправильную лечебную тактику.

Клинический диагноз остеомиелита довольно часто фигурирует среди ошибочных диагнозов при начальных формах саркомы Юинга. Ранняя дифференциальная диагностика воспалительного процесса и саркомы Юинга исключительно трудна, а в ряде случаев и невозможна. В связи с этим при дифференциальной диагностике этих заболеваний крайне важно обращать внимание на темп развития заболевания. С. А. Рейнберг (1955) считает, что при наличии опухоли за несколько месяцев происходят такие же объективные изменения в пораженной кости, какие остеомиелит вызывает лишь в течение нескольких лет. Выраженные склеротические изменения в очаге поражения и появление секвестров позволяют заподозрить остеомиелит. В большинстве случаев диагноз удается уточнить только с помощью гистологического исследования, которое необходимо проводить при малейшем подозрении на опухоль. Однако в отдельных случаях и с помощью морфологического исследования невозможно установить характер процесса, и тогда только динамическое клинико-рентгенологическое наблюдение за развитием заболевания и повторная биопсия позволяют установить правильный диагноз. Примером подобного рода трудностей в диагностике является следующее наблюдение.

Больной Т., 11 лет, болен с января 1970 г., когда после травмы появились боли в левом коленном суставе; температура тела повысилась до 39,9 °С. Консервативное противовоспалительное лечение, проведенное в поликлинике по месту жительства, эффекта не дало. Ребенок направлен в ВОНЦ АМН СССР. При поступлении состояние удовлетворительное. Отмечаются некоторое увеличение объема левого коленного сустава, ограничение объема движений в нем. При рентгенологическом исследовании, проведенном 26.02.70 г., в средней и нижней третях диафиза левого бедра выявлены мелкоочаговая деструкция кости, фрагментация коркового слоя, линейные и бахромчатые периостальные наслоения. Рентгенологическое заключение: подострый остеомиелит левой бедренной кости. 6.03.70 г. произведена открытая биопсия. Морфологическое заключение: изменения соответствуют картине подострого остеомиелита, элементов опухоли не обнаружено. Больной в удовлетворительном состоянии выписан из клиники. Через 2 мес произошел патологический перелом левой бедренной кости. Повторно поступил в клинику, где 22.04.70 г. были произведены иммобилизация левой

бедренной кости интрамедуллярным гвоздем ЦИТО и повторная биопсия. Заключение морфологов: атипичная саркома Юинга. Больному проведена комбинированная химиолучевая терапия. При последующих рентгенологических исследованиях отмечались выраженная репарация кости, ассимиляция периостальных наслоений.

Это наблюдение, помимо демонстрации трудностей диагностики атипично протекающей саркомы Юинга, позволяет рекомендовать плановое динамическое наблюдение за больными подострым остеомиелитом, так как в этой группе могут встретиться больные с нераспознанной саркомой Юинга. Следовательно, одной из мер по предупреждению диагностических ошибок является плановое динамическое наблюдение за больными. Мы уже отмечали, что в ранних стадиях развития злокачественной опухоли кости патологический процесс чаще всего интерпретируется как проявление воспалительного заболевания. Это и понятно, поскольку после обычно предшествующей травмы у лиц молодого возраста возникают несильные преходящие боли и отмечается легкая хромота вследствие щажения конечности при общем хорошем самочувствии больного, причем рентгенологические изменения в кости или отсутствуют, или малоуловимы. В связи с этим при неясной клинико-рентгенологической картине через 3—4 нед необходимо провести контрольное рентгенологическое исследование. В таких случаях указанный срок (при учете клинических данных) может оказаться достаточным для общей ориентировки. К сожалению, чаще всего эти больные выпадают из поля зрения врача, проводящего осмотр, и заболевание выявляют через длительный период времени.

Динамическое наблюдение за больными — действенный фактор, позволяющий уменьшить количество диагностических ошибок, однако это наблюдение не должно быть пассивным. На практике же нередки случаи, когда врач исправно регистрирует в истории болезни нарастающие симптомы заболевания, не принимая никаких мер, мотивируя свое бездействие отказом больного от лечения. Подобные ситуации следует рассматривать как организационную и деонтологическую ошибку одновременно, поскольку врач, по-видимому, не проводит достаточно убедительной разъяснительной беседы с больным, настаивая на проведении того или иного лечения, не пытается организовать консультации специалистов, мнение которых могло быть более убедительным для больного. В качестве иллюстрации приводим следующее наблюдение.

Больной Ф., 49 лет, поступил в клинику в связи с жалобами на огромную опухоль в области левого плечевого пояса, которая начала развиваться 9 лет назад, не вызывая никаких болевых ощущений. Находился под наблюдением врачей онкологического диспансера, где был установлен диагноз хондросаркомы и больному предложено хирургическое лечение. От операции он отказался и продолжал работать. За последний год отмечает бурный рост опухоли и появление болей, особенно в ночное время.

При поступлении в области левой лопатки опухоль, занимающая всю боковую и заднюю поверхность грудной стенки (рис. 22.2). Рентгенологически обнаружены хондросаркома угла левой лопатки и разрушение последнего. Произведена межлопаточно-грудная ампутация. Гистологически: хондросаркома средней степени зрелости, однако в периферических отделах новообразования опухолевые клетки имели признаки глубокой анаплазии. Больной умер через 19 мес после операции от метастазов опухоли в легких.

В данном наблюдении заболевание в течение многих лет протекало с маловыраженными симптомами, только за последний год появились боли и отмечался быстрый рост опухоли. При микроскопическом исследовании в ткани опухоли обнаружены участки как средней, так и глубокой анаплазии. Это свидетельствует о том, что бурный рост опухоли сопровождался повышением биологической активности новообразования, что клинически выразилось в возникшем через $1^1/_2$ года после операции метастазировании. По-видимому, своевременно произведенное оперативное вмешательство могло бы привести к длительному выздоровлению.

Мы считаем уместным заострить внимание еще на одном важном вопросе. Речь идет о риске развития постлучевых злокачественных опухолей у больных с длительным периодом излеченности опухоли Юинга. L. Strong и соавт. (1979) опубликовали данные о 173 больных с саркомой Юинга, леченных в 1944—1976 гг. Из них 24 больных, проживших более 3 лет, были выделены в группу риска развития вторичных опухолей. Период наблюдения за этими больными составил 3—22 года. У 5 больных в зонах массивного лучевого воздействия развились вторичные опухоли. Авторы считают, что кумулятивный риск развития вторичной опухоли в таких случаях составляет 35%, и утверждают, что опасность развития вторичной злокачественной опухоли в облученной кости у больных с саркомой Юинга выше, чем принято считать. Одновременно они не отрицают, что возможным стимулирующим фактором, способствующим значительному увеличению частоты развития вторичной опухоли, является интенсивная химиотерапия (5 курсов и более). Документально подтвержденных случаев развития вторичной саркомы на месте излеченной саркомы Юинга в отечественной литературе не описано. Мы располагаем одним наблюдением документально подтвержденной вторичной злокачественной опухоли, развившейся через 19 лет после излечения саркомы Юинга. Приводим это наблюдение.

Больной П., 16 лет, поступил в клинику ВОНЦ АМН СССР в июле 1963 г. с диагнозом: опухоль левой большеберцовой кости. При рентгенологическом исследовании выявлена саркома Юинга (рис. 22.3, а). Диагноз подтвержден результатами морфологического исследования. Произведена перфузия сарколизином в дозе 162 мг. После перфузии опухоль значительно уменьшилась, и в плане комбинированного лечения была проведена лучевая терапия (рентгенотерапия). Облучение проводили с двух полей через решетчатую диафрагму по 400 Р на каждое поле. Суммарная очаговая доза составила 20 000 Р. В течение года после лучевого лечения амбулаторно проводили поддерживающие курсы химиотерапии сарколизином в дозе

240 мг на курс. На протяжении последующих 19 лет признаков рецидива и прогрессирования заболевания не отмечено (рис. 22.3, б). В сентябре 1982 г. появились боли в нижней трети левой голени. При рентгенологическом исследовании выявлены опухоль и патологический перелом большеберцовой кости (рис. 22.3, в). При цитологическом исследовании обнаружены клетки саркомы. Произведена ампутация левого бедра. При гистологическом исследовании обнаружена анаплазированная опухоль с выраженным клеточным полиморфизмом, которую можно отнести к вторичной неклассифицированной саркоме кости.

В данном наблюдении нельзя конкретно сказать, что явилось причиной возникновения вторичной саркомы — лучевая терапия или химиотерапия (известно, что сарколизин, циклофосфан и др. тоже дают канцерогенный эффект). По-видимому, оба лечебных фактора в совокупности явились причиной развития вторичной злокачественной опухоли кости.

Приводя это наблюдение, мы хотели подчеркнуть, что благодаря успехам современной комбинированной терапии саркомы Юинга увеличилось число излеченных больных, однако в связи с опасностью развития вторичной саркомы необходимо осуществлять строгое динамическое наблюдение за этой категорией больных.

Диагностические ошибки. Наряду с ошибками организации в выявлении опухолей костей причиной неправильной диагностики являются врачебные ошибки. Следует согласиться с мнением М. Р. Рокицкого, что «объективные причины ошибок, как правило, создают определенные условия, фон, а непосредственные причины ошибок в абсолютном большинстве носят субъективный характер».

По материалам ВОНЦ АМН СССР, из 933 больных с первичными саркомами скелета, направленных в центр для лечения, у 284 первичный диагноз был неправильным, а у 437 он вообще не был установлен (табл. 22.1).

Наиболее частой ошибкой является недооценка жалоб больных и трактовка симптомов заболевания как не относящихся к опухоли. Часто больные стремятся связать свою болезнь с

Таблица 22.1

Результаты первичного врачебного обследования больных с саркомами костей в лечебных учреждениях по месту жительства

Результаты обследования	С использованием рентгенологического исследования		Без рентгенологического исследования		Всего
	абс. число	%	абс. число	%	
Ошибочный диагноз	236	35,5	48	18,0	284
Диагноз не установлен	429	64,5	44	16,0	473
Заподозрена саркома	—	—	176	66,0	176
Итого . . .	665	100	268	100	933

травмой или перенесенным заболеванием, что также дезориентирует врача. По указанным причинам в большинстве случаев недооцениваются клинические признаки, которые расценивают как симптомы радикулита, неврита, миозита или остаточные явления после травмы. Поспешно назначив лечение, чаще всего физиотерапевтическое, врач не пытается проследить дальнейшее развитие болезни. Всегда следует помнить, что боли — один из основных ранних признаков злокачественной опухоли кости. В начальной стадии болезни они носят неопределенный характер, затем локализуются в пораженном отделе кости и, постепенно нарастая, становятся постоянными. В отличие от воспалительных заболеваний при злокачественной опухоли кости боли не уменьшаются в покое и даже при иммобилизации конечности. Характерно появление болей в ночное время.

Правильная и своевременная диагностика первичных опухолей скелета возможна лишь при тщательном изучении результатов клинико-рентгенологического обследования и морфологического исследования опухоли. Опыт показывает, что диагноз не может быть обоснован данными, полученными с помощью только одного метода исследования. Клинические данные (анамнез заболевания, жалобы больного, результаты лабораторных исследований) могут лишь косвенно указывать на возможность первичной опухоли кости. Во всяком случае у врача должно возникнуть подозрение в отношении данного заболевания и он должен использовать все доступные методы исследования. Рентгенологический метод, как известно, занимает ведущее место в обследовании таких больных, и его первостепенное значение в выявлении патологических изменений в скелете неоспоримо. На практике же рентгенологическое исследование при первичном обращении больного проводят недопустимо редко. Сопоставление результатов клинического и клинико-рентгенологического обследования больных, представленное в табл. 22.1, показывает безусловные преимущества использования рентгенографии. Хорошо известно, что при выраженной клинической картине заболевания с помощью рентгенологического метода в большинстве случаев можно установить правильный диагноз. Однако и при использовании этого метода исследования возможны ошибки. Это положение можно проиллюстрировать на примере остеогенной саркомы. В табл. 22.2 представлены нозологические формы заболеваний, которые ошибочно диагностировались при клинико-рентгенологическом обследовании у больных с остеогенной саркомой в лечебных учреждениях по месту жительства [Хмелев О. Н., Тихомиров Г. К., 1976].

Чаще всего ошибочно диагностировались воспалительные заболевания и травматические повреждения, лишь у 4 больных остеогенная саркома была принята за доброкачественную опухоль. Анализ наблюдений показал, что диагностические ошибки обусловлены сходством первых проявлений заболева-

Таблица 22.2

Частота ошибочных диагнозов у больных с остеогенной саркомой при первом обращении в лечебные учреждения по месту жительства

Ошибочный диагноз	Количество наблюдений
Остеомиелит	16
Туберкулез	3
Периостит	1
Травма	4
Растяжение связок	1
Остеофит	1
Остеома	1
Остеохондрома	1
Остеобластокластома	2
Менисцит	1
Всего . . .	31

ний. Клиническая картина, локализация, рентгенологические данные в этих случаях могут совпадать. Необходимо отметить, что клинико-рентгенологические признаки первичных злокачественных опухолей костей многообразны и схожи с таковыми при неопухолевых поражениях костей, особенно в начальной стадии развития. В связи с этим рентгенологические данные могут служить лишь основой для установления предположительного диагноза. Особое значение имеет гистологическое исследование биопсийного материала, полученного из патологического очага.

Является ли абсолютно достоверным морфологический метод диагностики опухолей костей? Как показывает опыт, нет. Даже опытный патологоанатом, специализирующийся на патологии костной ткани, иногда допускает ошибки. Особенно трудна морфологическая диагностика хрящевых опухолей, саркомы Юинга, ретикулосаркомы кости и злокачественного варианта гигантоклеточной опухоли. Ю. Н. Соловьев (1983) справедливо подчеркивает, что патологоанатом, приступая к гистологическому анализу материала из патологического очага в кости, должен детально изучить результаты клинического и рентгенологического исследований. При анализе рентгенограмм следует уточнить локализацию процесса, определить характер изменений костной ткани (остеолитический, остеопластический, наличие остеофитов — спикул, шпор, козырьков) и точно установить, из какого участка зоны поражения получен материал для гистологического исследования. Без этого трактовка обнаруженных при гистологическом исследовании изменений может оказаться ошибочной. В качестве примера приводим следующее наблюдение.

Больная Б., 51 года, поступила в клинику 3.04.63 г. в связи с жалобами на боли в средней трети правого бедра, резко усиливающиеся при малейшем движении. Больная доставлена на носилках. Больна с января 1961 г., когда впервые появились боли в правом бедре. К врачам не обращалась, боли постепенно усиливались. С марта 1963 г. начала хромать и в связи с этим обратилась к врачу в поликлинику по месту жительства. Были рекомендованы тепловые процедуры, которые не дали эффекта. В мае 1963 г. подвернула ногу, упала и не смогла встать. Госпитализирована в одну из московских больниц, где диагностирован патологический перелом правого бедра на почве метастатического поражения, в связи с чем было наложено скелетное вытяжение (рис. 22.4). Сопоставление клинических (длительный анамнез, отсутствие первичного очага опухоли) и рентгенологических данных позволило высказаться за доброкачественную хрящевую опухоль. После выполнения биопсии опухоли обнаружена хондробластома. Произведена операция — резекция диафиза бедра с пластикой дефекта аллокостью. Гистологическое исследование удаленной опухоли подтвердило диагноз хондробластомы. Через 7 лет после операции выявлен рецидив опухоли в мягких тканях бедра. Пересмотр гистологических препаратов с учетом клинических данных позволил установить хондросаркому.

В данном случае морфологом была допущена ошибка: диагноз хондробластомы установлен только по микроскопической картине без учета возраста больной и локализации патологического очага в диафизе. Следует отметить, что многие опухоли склонны не только наиболее часто возникать в определенных местах скелета, но и почти всегда в одних и тех же отделах этих костей. В связи с этим совокупная оценка клинических, рентгенологических и патологоанатомических признаков весьма важна для установления точного диагноза. К счастью, в приведенном наблюдении ошибка морфологического диагноза не повлияла существенным образом на тактику лечения, так как при хрящевых опухолях методом выбора является оперативное вмешательство, объем которого в данном наблюдении был вполне адекватен для хондросаркомы.

Основным и заключительным методом диагностики опухолей костей считается гистологическое исследование материала, полученного при биопсии. Никакие существующие в настоящее время клинико-рентгенологические или лабораторные методы диагностики без морфологической верификации не гарантируют установления истинной природы патологического процесса. В качестве иллюстрации приводим следующее наблюдение.

Больной А., 8 лет, поступил в клинику в связи с жалобами на постоянные ноющие боли в верхней трети правой голени, усиливающиеся при ходьбе, и хромоту. Заболел 12 дней назад, когда после перенесенного гриппа появились боли в области коленного сустава. В поликлинике по месту жительства заболевание расценили как ревматизм, в связи с чем было проведено лечение преднизолоном, которое не дало эффекта. Через 2 нед проведена рентгенография, и больной с подозрением на саркому кости направлен в ВОНЦ АМН СССР. При клиническом обследовании отмечены лишь болезненность при пальпации в верхней трети правой большеберцовой кости и повышение температуры тела до 38—38,6 °С в вечернее время. При рентгенологическом исследовании выявлен очаг деструкции в проксимальном метафизе правой большеберцовой кости без выраженной реакции надкостницы. Рентгенологический диагноз колебался между ретикулосаркомой

и остеомиелитом. От предложенной биопсии родители мальчика отказались. В течение 2 нед проводили лечение антибиотиками, осуществлена иммобилизация гипсовой повязкой. Повышенная температура тела сохранялась, ночные боли усилились, появилась отчетливо пальпируемая опухоль в мягких тканях. Через 10 дней произошел патологический перелом, и тогда диагноз уже не вызывал сомнений. Больному произведена ампутация бедра, а через 9 мес он умер от метастазов остеогенной саркомы в легких.

В данном наблюдении больной поступил на лечение всего через 2 нед после появления симптомов заболевания, но клиническая и рентгенологическая картины были настолько нехарактерны для остеогенной саркомы, что произошла ошибка при установлении диагноза. В данном случае лишь биопсия могла бы разрешить сомнения и помочь своевременно выполнить операцию.

Большое разнообразие гистологических форм опухолей костей, различающихся по своим биологическим свойствам, а также успехи в развитии комбинированных методов лечения определяют более высокие требования к их уточненной диагностике. В связи с этим немалую опасность для больного представляет неполный диагноз, когда выявляют злокачественную опухоль, но неправильно интерпретируется ее гистогенез. Например, у больного с саркомой Юинга ошибочно диагностируют остеогенную саркому и производят неоправданную ампутацию конечности, тогда как саркома Юинга высокочувствительна к лучевому и лекарственному воздействиям, или больному с хондросаркомой назначают химиолучевое лечение, к которому это новообразование малочувствительно, в результате чего происходит потеря времени, показанное в этом случае оперативное вмешательство производят с опозданием. Еще большую опасность представляет установление ошибочного диагноза «доброкачественной» опухоли при наличии злокачественной опухоли кости. Наиболее часто такая ошибка встречается при паростальной саркоме. Клиническое течение этого новообразования своеобразно и делится на две фазы. Первая фаза длительная (иногда несколько лет), характеризуется жалобами на незначительные боли и нередко случайным обнаружением опухоли. Во второй фазе боли резко усиливаются, появляются нарушения функции пораженной конечности. В первую фазу развития опухоли рентгенологические признаки разрушения кости не определяются. В качестве иллюстрации приводим следующее наблюдение.

Больная Р., 28 лет, поступила в клинику 25.02.57 г. в связи с жалобами на кровоточащую опухоль на левом плече, боли, ограничение подвижности в правом плечевом суставе. В 1950 г. случайно прощупала опухоль величиной со сливу в верхней трети левого плеча. Обследована в онкологическом учреждении по месту жительства, где была диагностирована доброкачественная опухоль кости. В течение последующих 6 лет продолжался медленный рост опухоли, а затем она стала очень быстро увеличиваться в размерах, и в июле 1957 г. произошло ее изъязвление. При поступлении в ВОНЦ АМН СССР обнаружена громадная изъязвившаяся опухоль, за-

нимавшая всю верхнюю половину плеча. При рентгенологическом исследовании определялась резкая деформация плечевой кости за счет опухоли, занимающей верхний эпифиз и средний отдел диафиза; опухоль в виде муфты располагалась вокруг кости. Динамическое изучение рентгенограмм позволило установить, что это паростальная саркома во второй фазе ее развития. Результаты гистологического исследования опухоли, проведенного после межлопаточно-грудной ампутации, подтвердили диагноз. Больная прожила после операции 4 года и скончалась от метастазов в легких в общей сложности через 11 лет после обнаружения опухоли.

Анализ данного наблюдения позволяет увидеть наиболее частую ошибку при данной опухоли. В первой фазе своего развития заболевание клинически протекает как доброкачественный процесс и сомнений в правильности диагноза доброкачественной опухоли не возникает. При проведении дифференциальной диагностики в подобных клинических ситуациях всегда нужно помнить о существовании паростальной саркомы и вести за больным тщательное наблюдение, не откладывая лечения на долгие годы.

Следует упомянуть и о последствиях неполного обследования больного со злокачественной опухолью кости, когда не проводят рентгенологическое исследование грудной клетки. Известно, что саркомы костей метастазируют преимущественно гематогенным путем в легкие. Наиболее злокачественными новообразованиями являются остеогенная саркома и саркома Юинга, среднее время генерализации которых составляет в среднем соответственно 7 и 11 мес. Нередко одновременно с первичной опухолью выявляют метастазы в легких, что оказывает существенное влияние на выбор метода лечения.

Дают повод к ошибкам и доброкачественные опухоли. Хотя диагностика остеом, хондром, костно-хрящевых экзостозов, казалось бы, не вызывает затруднений, ошибки встречаются чаще всего вследствие недостаточно тщательной оценки данных обследования.

По данным Р. Е. Житницкого (1977), у 98 (22,4%) из 436 больных с доброкачественными опухолями костей был неправильно выбран метод лечения. В большинстве случаев это было обусловлено ошибками начальной диагностики, частота которых при первичном обращении за медицинской помощью составила 35,5%.

Лечебно-тактические ошибки. Анализ лечебно-тактических ошибок и их причин следует проводить применительно к наиболее часто встречающимся в клинической практике новообразованиям скелета.

Доброкачественные опухоли костей. При выборе метода лечения новообразований костей необходимо учитывать нозологическую форму, биологические свойства, размеры и локализацию опухоли, общее состояние и возраст больного, т. е. всю совокупность факторов, определяющих адекватную и радикальную терапию.

Отсутствие правильного подхода к лечению доброкачествен-

ных опухолей и опухолеподобных поражений костей приводит к очень тяжелым последствиям, наиболее грозным из которых является озлокачествление доброкачественного процесса. Вероятность малигнизации разных форм доброкачественных опухолей неодинакова. Часто происходит озлокачествление доброкачественных форм гигантоклеточной опухоли, хондром, остеохондром (костно-хрящевые экзостозы). Гигантоклеточная опухоль, по данным литературы, озлокачествляется в 15—20% случаев [Виноградова Т. П., 1973; Буачидзе О. Ш., 1976]. Б. Н. Цыпкин и А. А. Запорожец (1961) приводят данные о частоте развития сарком на месте излеченных гигантоклеточных опухолей: из 14 больных у 4 развились остеогенные саркомы, у 10 — фибросаркомы.

Существуют различные мнения о факторах, способствующих озлокачествлению гигантоклеточных опухолей, тем не менее можно выделить два основных момента, приводящие к малигнизации этих новообразований: неадекватное лучевое лечение и нерадикальное хирургическое вмешательство. Вопрос о возможности озлокачествления гигантоклеточной опухоли под влиянием лучевой терапии заслуживает самого серьезного внимания. Sabanos и соавт. (1956), Cruz и соавт. (1957), Т. П. Виноградова (1973) считают, что особую осторожность следует проявлять при лучевом лечении остеобластокластом, так как эти новообразования чаще других являются почвой для возникновения злокачественных опухолей кости. Период между лучевым лечением этой опухоли и установлением диагноза саркомы составляет в среднем 10—11 лет.

Из 188 больных с гигантоклеточной опухолью, наблюдавшихся в ВОНЦ АМН СССР, у 7 она имела вторично злокачественный характер. У 6 больных мы считаем возможным признать провоцирующую роль лучевой терапии. Озлокачествление наступало в сроки от 3,5 до 16 лет после проведения лучевой терапии в других лечебных учреждениях. Приводим одно из этих наблюдений.

Больная К., 49 лет, поступила в клинику 4.03.57 г. в связи с жалобами на изъязвившуюся, кровоточащую опухоль правого предплечья. С февраля 1952 г. беспокоят боли в нижней трети правого предплечья. В августе 1952 г. в областной больнице диагностирована гигантоклеточная опухоль правой лучевой кости и проведен курс лучевой терапии. В сентябре больная консультирована в одном из онкологических институтов, где диагноз остеобластокластомы был подтвержден результатами цитологического исследования. Проведен повторный курс лучевого лечения. Была здорова до мая 1956 г., когда опять появились боли в нижней трети правого предплечья и постепенно увеличилась опухоль. Проведен еще один курс лучевой терапии. В декабре 1956 г. произошло изъязвление опухоли. При поступлении в клинику ВОНЦ АМН СССР в нижней и средней третях правого предплечья имелась опухоль, кольцеобразно охватывающая предплечье. При рентгенологическом исследовании обнаружена гигантоклеточная опухоль дистального метафиза правой лучевой кости с явлениями резкого репаративного окостенения без признаков рецидива, а при рентгенологическом исследовании легких — множественные метастазы. Через сутки после поступле-

ния возникло артериальное кровотечение из опухоли, в связи с чем произведена ампутация правого плеча. При гистологическом исследовании диагностирована злокачественная гигантоклеточная опухоль.

В данном наблюдении с момента лечения по поводу доброкачественной формы остеобластокластомы до возникновения ее злокачественного аналога прошло более 4 лет. За это время больной проведено три курса лучевого лечения. Анализ данного наблюдения позволяет рассматривать проведение лучевой терапии в связи с рецидивом опухоли как тактическую ошибку. По данным литературы, развитие сарком на месте гигантоклеточных опухолей чаще всего происходит в случаях применения массивных доз облучения, назначаемых повторными курсами. Отсутствие достоверных клинико-рентгенологических критериев малигнизации гигантоклеточных опухолей в ряде случаев не позволяет установить, возник ли рецидив заболевания или произошла злокачественная трансформация опухоли. Результаты морфологического исследования материала, полученного при биопсии, также могут быть негативными, так как иногда практически невозможно по формальным морфологическим признакам отличить остеогенную саркому или фибросаркому от малигнизировавшейся гигантоклеточной опухоли и вопрос о злокачественном превращении удается установить только после исследования многих участков ткани удаленной опухоли. В связи с этим очень важно настороженно относиться к изменению клинико-рентгенологической картины заболевания (усиление болей, ограничение движений в соседнем суставе, рентгенологически определяемое отслоение кортикального слоя) в плане ранней диагностики малигнизации опухоли. Методом выбора в подобных случаях является широкая сегментарная резекция кости с аллопластикой, которую необходимо было выполнить и у больной в приведенном наблюдении еще в сентябре 1952 г., когда после первого курса лучевой терапии при цитологическом исследовании были обнаружены клетки гигантоклеточной опухоли.

Если при гигантоклеточных опухолях в некоторых случаях оправдано проведение лучевого лечения (отказ больного от операции, локализация опухоли в труднодоступных для хирургического вмешательства областях), то при преобладающем большинстве доброкачественных новообразований скелета может быть осуществлено только хирургическое лечение.

Необоснованное использование лучевых методов приводит к дистрофическим повреждениям мягких тканей и костей, патологическому перелому, нарушению роста кости. Если после лучевого лечения приходится выполнять оперативное вмешательство, то вследствие постлучевых изменений в тканях создаются неблагоприятные условия для его осуществления, увеличивается процент гнойных осложнений и трофических язв. В связи с этим назначение лучевого лечения при доброкачественных опухолях костей следует рассматривать как тактиче-

скую врачебную ошибку, и нужно согласиться с Р. Е. Житницким (1977), который считает, что эта ошибка приобретает «характер неосторожных действий медицинских работников», если лучевую терапию назначают без предварительной биопсии опухоли.

Злокачественные опухоли. Причиной лечебно-тактических ошибок при злокачественных опухолях костей служит неправильный первоначальный диагноз. Подавляющему большинству больных вследствие ошибочной диагностики назначают нерациональное лечение, чаще всего физиотерапию, под влиянием которой ухудшается течение опухолевого процесса. Во избежание этого непременным условием должно быть исключение физиотерапии до установления окончательного диагноза при болях неясного происхождения, так как именно они часто являются первым симптомом злокачественного новообразования кости.

К лечебно-тактическим ошибкам следует отнести использование только локальных методов лечения без учета биологических свойств опухоли. При некоторых формах сарком костей, таких как паростальная саркома, хондросаркома, зрелый морфологический вариант фибросаркомы, которые в силу биологических особенностей характеризуются медленным ростом и поздним метастазированием, отсутствием выраженной чувствительности к лучевым и лекарственным воздействиям, применение этих методов оправдано, однако при таких высокозлокачественных, склонных к раннему гематогенному метастазированию новообразованиях, как остеогенная саркома, саркома Юинга и ретикулосаркома кости, они исчерпали свои возможности. Основной проблемой здесь является профилактика легочных метастазов, поэтому радикальное лечение остеогенной саркомы предполагает проведение пред- и послеоперационной химиотерапии, а саркомы Юинга и ретикулосаркомы кости — химиолучевого лечения.

По данным ВОНЦ АМН СССР, после проведения только хирургического лечения остеогенной саркомы 5-летняя выживаемость составляет 7%. Использование современных комбинированных методов терапии с включением профилактических курсов адекватной химиотерапии позволяет увеличить ее до 35,5%, а в случаях полной регрессии опухоли в ходе предоперационной химиотерапии — и до 57,9%. При саркоме Юинга проведение профилактической полихимиотерапии после лучевого лечения первичного опухолевого очага позволяет добиться 5-летнего выживания 56,4% больных. В случае проведения только лучевого лечения этот показатель составляет 19,5%. Таким образом, приведенные данные показывают, что при игнорировании современных комбинированных методов терапии остеогенной саркомы и саркомы Юинга значительно ухудшается прогноз заболевания.

Лечебно-методические ошибки. Доброкачественные

опухоли. Выбор объема оперативного вмешательства при доброкачественных опухолях костей зависит от нозологической формы, величины и локализации опухоли. Понятно желание хирурга получить хорошие функциональные результаты при лечении доброкачественных опухолей костей, но неоправданное сужение границ хирургического вмешательства может привести не только к рецидивам, но и к более тяжелым последствиям — озлокачествлению опухоли. В табл. 22.3 представлены отдаленные результаты сохранных операций, произведенных при лечении гигантоклеточной опухоли, по данным ВОНЦ АМН СССР.

Таблица 22.3

Отдаленные результаты сохранных операций

Операция	Количество наблюдений	Частота возникших рецидивов	
		абс. число	%
Экскохлеация опухоли	26	12	46,2±9,7
Краевая резекция	24	7	29,2±9,4
Сегментарная резекция	45	5	6,6±3,7

Данные, приведенные в табл. 22.3, показывают, что с увеличением объема сохранной операции количество рецидивов уменьшается. Очевидна порочность операций такого объема, как экскохлеация опухоли, особенно если учесть возможную малигнизацию гигантоклеточных опухолей после такой нерадикальной операции, на что указывают Б. М. Эйдельштейн (1962), Д. Далин (1967), П. А. Синюков (1979). Приведем одно из собственных наблюдений.

Больной Х., 25 лет, консультирован в поликлинике ВОНЦ АМН СССР через 6 мес после того, как ему в другом лечебном учреждении была произведена краевая резекция кости с аллопластикой по поводу литической формы гигантоклеточной опухоли проксимального метаэпифиза большеберцовой кости. При гистологическом исследовании удаленной опухоли выявлена картина доброкачественной остеобластокластомы. В ходе дальнейшего клинико-рентгенологического исследования диагностированы рецидив опухоли и множественные метастазы в легких.

В данном случае трудно исключить возможность малигнизации опухоли, однако видна явная нерадикальность выбранной операции при литической фазе остеобластокластомы. Адекватной операцией явилась бы сегментарная резекция кости с эндопротезированием коленного сустава.

В плане выбора объема оперативного вмешательства серьезного внимания заслуживают хрящевые опухоли костей и хондродисплазии, на основе которых могут развиваться вторичные хондросаркомы. Наиболее склонны к малигнизации

хондромы, костно-хрящевые экзостозы, очаги дисхондроплазии (болезнь Олье) и сосудисто-хрящевой дисплазии (болезнь Мафуччи). Известно, что методом выбора при лечении указанных заболеваний является широкая резекция пораженного отдела кости. После операции меньшего объема быстро развивается рецидив и в ряде случаев вторичная хондросаркома.

Из 32 больных с вторичной хондросаркомой, наблюдавшихся в ВОНЦ АМН СССР, 14 были ранее оперированы по поводу различных доброкачественных заболеваний, а 3 из них — неоднократно в связи с рецидивом. Данные о видах оперативного вмешательства и времени, прошедшем до обнаружения озлокачествления, представлены в табл. 22.4.

Таблица 22.4

Вид оперативного вмешательства по поводу доброкачественных заболеваний костей и время до установления диагноза вторичной хондросаркомы

Предшествующие заболевания	Вид оперативного вмешательства	Число больных	Время с момента операции до установления озлокачествления
Хондрома, дисхондроплазия	Экскохлеация	3	8 лет 6 мес 14 »
	Краевая резекция трубчатой кости	3	2 » 12 » 5 »
	Резекция костей таза	3	2 » 11 » 24 »
	Резекция ребер	1	13 лет (4 операции в связи с рецидивом)
Костно-хрящевые экзостозы	Резекция костей таза	4	12 мес 13 » 5 » 6 лет

Приводя эту таблицу, мы хотели подчеркнуть опасность нерадикальных операций при доброкачественных хрящевых заболеваниях костей (экскохлеация, экономная резекция при хондроме, неполное удаление экзостоза). Рецидивы были выявлены у всех 14 оперированных больных. Только у 3 диагноз саркомы установлен через несколько лет, у остальных больных озлокачествление наступило практически в первый год после операции. Эта таблица демонстрирует явные методические ошибки в выборе неадекватного объема оперативных вмешательств, приведшие к развитию ранних рецидивов и малигнизации доброкачественных опухолей и дисхондроплазий.

Следовательно, лечение доброкачественных опухолей костей с точки зрения предотвращения возникновения их злокачест-

венных аналогов должно идти по пути выполнения радикальных операций, как правило, типа резекции кости. Операции в объеме краевой резекции кости можно выполнять только по строгим сугубо индивидуальным показаниям.

Злокачественные опухоли. Оперативное вмешательство остается одним из основных методов лечения сарком костей. При этом большинство ошибок возникает при определении объема операции. В первую очередь это касается установления показаний к выполнению сохранных операций. Опыт ВОНЦ АМН СССР свидетельствует о том, что их необходимо выполнять с обязательным учетом степени структурной анаплазии опухоли, темпа ее роста, метастазирования и других условий, что позволит принять правильное решение и соблюсти принцип радикализма. Демонстративны ошибки, встречающиеся при лечении больных хондросаркомой, особенности клинических проявлений которой обусловлены микроструктурой опухоли. При ее нерадикальном удалении или нарушении абластики возникают рецидивы, иногда повторные, при этом интервалы между ними уменьшаются, а ткань опухоли может приобрести черты большего атипизма. В качестве иллюстрации приводим следующее наблюдение.

Больной Л., 52 лет, поступил в клинику в августе 1970 г. в связи с жалобами на боли и опухоль на тыльной поверхности левой стопы, развившуюся, по словам больного, через 6—8 мес после травмы в конце 1966 г. В феврале 1967 г. произведена операция по поводу предполагаемой хондромы. Во время операции при выделении опухоли из окружающих тканей она была вскрыта. Через 2 мес возник рецидив, который удален путем повторной резекции первой плюсневой кости. Новый рецидив выявлен через 17 мес (в январе 1970 г.).

При поступлении в нашу клинику общее состояние больного удовлетворительное. На тыльной поверхности левой стопы имеется плотная болезненная опухоль размером 18×20×7 см. При рентгенологическом исследовании на латеральной поверхности первой плюсневой кости обнаружены дополнительный массив в виде конуса на широком основании и обызвествленные массы. Смежная поверхность второй плюсневой кости деформирована вследствие ассимилированного периостита. У основания первой плюсневой кости на подошвенной поверхности периостальные разрастания и оссификаты — рецидив хондросаркомы. Произведена костно-пластическая ампутация голени по Пирогову. Гистологическое исследование показало наличие хондросаркомы средней степени злокачественности.

В данном наблюдении выполнение экономных оперативных вмешательств привело к двукратным рецидивам опухоли. Заслуживает внимания еще один важный момент: клетки хондросаркомы обладают высокой способностью к имплантации, и первый рецидив, развившийся через 2 мес, был, по сути дела, имплантационным. Это свидетельствует о необходимости строгой абластичности при удалении опухоли. В данном случае стойкого излечения больного (с момента первой операции жив в течение 10 лет) удалось добиться только с помощью костно-пластической ампутации голени.

Особо стоит вопрос о показаниях к выполнению сохранных

операций при остеогенной саркоме. До недавнего времени методом выбора при лечении этой опухоли, локализующейся в длинных трубчатых костях, было оперативное вмешательство в объеме ампутации или экзартикуляции конечности. Анализ ближайших результатов сохранных операций, произведенных в ВОНЦ АМН СССР, показал, что рецидивы возникли у 18 из 26 больных. Отдаленные результаты этих вмешательств также не внушали оптимизма: из 26 больных в течение 5 лет живы 3, при этом 2 из них выполнены повторные операции в связи с рецидивом опухоли.

В последнее время наметились тенденции к расширению показаний к выполнению сохранных операций при этой нозологической форме в связи с применением предоперационной химиотерапии, которая способна вызвать регрессию первичной опухоли различной степени выраженности и позволяет произвести операцию типа широкой сегментарной резекции кости. Получены положительные результаты лечения больных с остеогенной саркомой с применением указанного метода, но следует считать методической ошибкой выполнение резекции кости без предоперационного лекарственного лечения. Приводимое ниже наблюдение подтвержает необходимость выполнения этого условия.

Больной С., 27 лет, поступил в клинику в августе 1974 г. в связи с жалобами на боли и опухоль в проксимальном отделе правой голени. В марте 1974 г. появились боли в правом коленном суставе. Через месяц при рентгенологическом исследовании обнаружен очаг деструкции в головке малоберцовой кости, который был расценен как энхондрома, и больному была произведена резекция проксимального отдела правой малоберцовой кости. При гистологическом исследовании обнаружена остеогенная саркома. Через 2 мес после операции вновь появились боли в проксимальном отделе голени. При осмотре в клинике ВОНЦ АМН СССР по наружной поверхности верхней трети правой голени определяется послеоперационный рубец, в средней части которого пальпируется плотная болезненная опухоль размером 5×4 см. При рентгенологическом исследовании обнаружен рецидив опухолевого процесса (рис. 22.5). Произведена ампутация бедра. Гистологически: остеогенная саркома. После операции проведен курс профилактической химиотерапии адриамицином. При контрольном исследовании грудной клетки через месяц, перед вторым курсом химиотерапиии, выявлены множественные метастазы остеогенной саркомы в легких. Попытка химиотерапии адриамицином, винкристином, циклофосфаном и сарколизином успеха не имела. Больной умер от метастазов в легких через 11 мес после первой операции.

Таким образом, в данном наблюдении прослеживаются диагностические, тактические и методические ошибки. Диагноз «энхондрома» был установлен без морфологического исследования опухоли на основании только клинико-рентгенологических данных. Следствием грубой диагностической ошибки явилась лечебно-тактическая ошибка — произведено неадекватное оперативное вмешательство, о чем свидетельствуют сроки развития рецидива опухоли. Следующая ошибка заключалась в том, что у больного с остеогенной саркомой не были примене-

ны дополнительные методы лечения, он не был направлен к онкологу. В результате этого было потеряно время для оказания своевременной помощи и последующая ампутация, произведенная по поводу рецидива, и попытка провести химиотерапию оказались безуспешными.

В данном наблюдении лечение должно было включать своевременно выполненную ампутацию бедра и адъювантную химиотерапию, направленную на подавление возможных метастазов.

Серьезные методические ошибки нередко допускают при лечении больных с саркомой Юинга. Учитывая особенности этой опухоли: раннее метастазирование и выраженную радиочувствительность, быстрое распространение опухоли по костномозговому каналу, методом выбора является комбинированное лечение с облучением опухоли и повторными курсами адъювантной химиотерапии. Хирургическое лечение не имеет преимуществ перед лучевым и используется только в тех случаях, когда отсутствует эффект от консервативного лечения или возникают осложнения со стороны первичной опухоли, не позволяющие использовать лучевую терапию (распад опухоли, угроза кровотечения и пр.). В качестве иллюстрации приводим следующее наблюдение.

Больная Ф., 18 лет. Произведена краевая резекция проксимального отдела правой большеберцовой кости с замещением дефекта аллотрансплантатом по поводу саркомы Юинга. В послеоперационном периоде проведена дистанционная гамма-терапия в суммарной дозе 38 Гр. Через 2 мес после операции возник рецидив опухоли. Проведен повторный курс лучевой терапии в дозе 45 Гр. Боли прекратились, однако через 5 мес возобновились. С диагнозом «рецидив саркомы Юинга» больная направлена в ВОНЦ АМН СССР, где при рентгенологическом исследовании выявлены рецидив саркомы Юинга большеберцовой кости и множественные метастазы в легких (рис. 22.6).

В данном наблюдении не была принята во внимание такая биологическая особенность опухоли, как радиочувствительность, и совершенно неоправданно выполнена операция, причем в таком минимальном объеме, для применения которого и при доброкачественных опухолях костей требуются строгие показания. Вследствие этого опухоль была удалена нерадикально и развившийся через 2 мес «рецидив» явился, по сути дела, продолженным ростом.

Поскольку опухоль чувствительна к лучевому воздействию, методом выбора при лечении саркомы Юинга являются облучение первичного очага и длительные курсы химиотерапии для воздействия на микрометастазы опухоли. Если оперативное вмешательство все-таки производят, то следует удалять всю кость во избежание рецидива, поскольку новообразование имеет тенденцию распространяться вдоль костномозгового канала значительно дальше видимых на рентгенограме границ поражения.

Первичные злокачественные опухоли костей наиболее часто встречаются в длинных трубчатых костях (примерно 77—80%). Поражение плоских костей, по данным ВОНЦ АМН СССР, составляет около 20—25% наблюдений, при этом наиболее часто встречаются опухоли костей таза, ребер и лопатки. Существует определенная зависимость между локализацией новообразования и его гистологической формой. Более чем у половины больных с опухолями плоских костей обнаружена хондросаркома. В случаях поражения лопатки и костей таза очень трудно определить рациональный объем операции, который может варьировать от резекции кости до межлопаточно-грудной ампутации и межподвздошно-брюшного вычленения. Этот вопрос должен решаться коллегиально, сугубо индивидуально и обязательно в условиях специализированного отделения онкологического профиля. С одной стороны, во избежание рецидива необходимо выполнить наиболее радикальное вмешательство, с другой — в связи с чрезвычайно калечащим характером межлопаточно-грудной ампутации и межподвздошно-брюшного вычленения требуется особая тщательность при установлении показаний к этим вмешательствам. В то же время при локализации опухоли в костях таза из-за близости магистральных сосудов, крупных нервных стволов и органов малого таза ограничены возможности радикального удаления опухоли путем резекции кости.

Больной С., 46 лет, поступил в клинику ВОНЦ АМН СССР в связи с жалобами на опухоль в левой ягодичной области, сильные боли в области крестцово-подвздошного сочленения, иррадиирующие в левую ногу. Боли беспокоят в течение 3 мес. Проводилось противовоспалительное лечение по поводу предполагаемого радикулита. Через месяц после его окончания появилась опухоль в левой ягодичной области. Направлен в ВОНЦ АМН СССР с диагнозом: опухоль мягких тканей левой ягодичной области. После обследования в клинике установлен диагноз хондросаркомы подвздошной кости и произведено удаление опухоли с краевой резекцией крыла подвздошной кости. При гистологическом исследовании, проведенном после операции, установлена хондросаркома III степени злокачественности (анаплазированный вариант). Дальнейшее течение заболевания отличалось крайней агрессивностью. Через 2 мес после операции выявлен рецидив, сопровождавшийся сильнейшими болями и распадом опухоли. Произведено межподвздошно-брюшное вычленение, однако через месяц вновь выявлены рецидив и метастазы хондросаркомы в легкие. Больной умер через 4 мес после межподвздошно-брюшного вычленения, т. е. через 10 мес после появления первых признаков заболевания.

В данном наблюдении из-за неадекватного объема первоначального хирургического лечения, по-видимому, ухудшилось дальнейшее течение заболевания. Межподвздошно-брюшное вычленение, производимое у больных с хондросаркомой III степени анаплазии не дает положительных результатов, поскольку больные вскоре умирают от метастазов в легких, что произошло и в данном наблюдении. Таким больным, по-видимому, наиболее целесообразно проводить паллиативное лучевое лечение. Приводим следующее наблюдение.

Больная Н., 34 лет, больна в течение 7 лет. При поступлении в ВОНЦ АМН СССР жаловалась на опухоль в области крыла левой подвздошной кости и умеренные боли. При осмотре в заднем отделе крыла левой подвздошной кости обнаружена плотная безболезненная опухоль размером 13×18 см, выступающая над гребнем кости. При рентгенологическом исследовании на задненаружной поверхности крыла подвздошной кости видна большая опухоль с беспорядочно-ячеистым рисунком и оссифицированными включениями (рис. 22.7). При гистологическом исследовании после открытой биопсии установлен морфологически зрелый вариант хондросаркомы. Произведено межподвздошно-брюшное вычленение. После операции прошло 18 лет. Здорова, признаков рецидива нет.

Данное наблюдение является свидетельством того, насколько важно правильно выбрать тактику лечения. При высокодифференцированных хондросаркомах можно добиться стойкого выздоровления, применяя межподвздошно-брюшное вычленение даже при больших размерах опухоли.

ГЛАВА 23

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ САРКОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Саркомы мягких тканей относятся к сравнительно редким заболеваниям, составляя около 1% от общего количества злокачественных опухолей. Данное обстоятельство может быть расценено как одна из основных причин ошибок в диагностике этих опухолей. Второй причиной является своеобразное клиническое течение сарком мягких тканей, особенно на первых этапах развития заболевания, которое по симптоматике часто практически нельзя отличить от доброкачественных опухолей и неопухолевых заболеваний. Из первых двух причин вытекает и третья — отсутствие онкологической настороженности у врачей разных специальностей, что влечет за собой выполнение неадекватного лечения, которое нередко стимулирует прогрессирование заболевания.

Согласно современной классификации ВОЗ (1974), насчитывается 38 клинико-морфологических форм злокачественных новообразований мягких тканей. Термином «мягкие ткани» обозначают все неэпителиальные внескелетные ткани, за исключением ретикулоэндотелиальной системы, глии и тканей, поддерживающих специфические органы и внутренности (ВОЗ, 1969). Каждая из 38 разновидностей сарком мягких тканей характеризуется не только специфическими гистологическими признаками, но и своеобразным клиническим течением. Однако на практике часто весьма трудно установить форму саркомы и прогнозировать ее клиническое течение.

По мере накопления коллективного опыта более четко формулируются критерии отличия и прогностические факторы для каждой из разновидностей сарком мягких тканей. Однако объединяющими, характерными для всех этих опухолей особенностями являются упорное рецидивирование (нередко многократное) и выраженная тенденция к метастазированию (чаще гематогенному). По клиническому течению саркомы мягких тканей условно делят на три группы: 1) местно-деструирующие опухоли с выраженным инфильтративным ростом и склонностью к упорному рецидивированию; 2) опухоли, менее склонные к рецидивированию, но рано и часто метастазирующие; 3) опухоли, занимающие промежуточное положение и обладающие свойствами новообразований первых двух групп. Однако важно иметь в виду, что любая из сарком мягких тканей может протекать по любому из этих трех типов.

Саркомы мягких тканей почти с одинаковой частотой встречаются у лиц обоего пола, несколько чаще у женщин (5:4), преимущественно в возрасте 20—50 лет. Около $^1/_3$ больных составляют молодые люди — моложе 30 лет. Наиболее часто саркомы возникают в мягких тканях нижних конечностей (39—54%), реже — туловища (23—34%), верхних конечностей (10—26%), головы и шеи (4—15%).

Ведущим клиническим симптомом является наличие опухоли, причем у $^2/_3$ больных это может быть первым и единственным симптомом заболевания. Опухоль может длительное время оставаться незамеченной, особенно при локализации в толще мышц бедра, ягодичной области и некоторых других зонах. В этих случаях первыми симптомами могут быть боли различной интенсивности и отечность конечности, что зависит от связи опухоли с близлежащими сосудами и нервами.

Темпы роста опухоли варьируют в широких пределах. Иногда больные указывают, что опухолевое образование существовало в течение 10—20 лет, а в последние 2—3 года начало быстро расти. Чаще продолжительность анамнеза 1—2 года, нередко 1—6 мес. В связи с этим ориентация на темпы роста опухоли как признак ее злокачественности может ввести врача в заблуждение. Более того, при быстром росте опухоли в сочетании с болевым синдромом при установлении диагноза нередко склоняются в пользу абсцесса, нагноившейся гематомы и т. д. Наличие болей без визуально определяемой опухоли служит причиной установления таких ошибочных диагнозов, как тромбофлебит, неврит, миозит и т. д.

Консистенция опухоли может быть различной: мягкой, плотной, с участками размягчения и флюктуации, поверхность гладкой, бугристой, границы — четкими либо неопределяемыми. Пальпация опухоли может быть безболезненной, умеренно или резко болезненной.

Поверхностно расположенные опухоли диагностируют довольно легко и в ранние сроки. При локализации опухоли в

толще мышц пальпировать ее удается лишь после того, как она достигнет больших размеров.

Нарушение функции пораженной конечности, как правило, наблюдается при значительных размерах опухоли, распространении ее на соседние магистральные сосуды, нервные стволы, капсулу сустава, грудную стенку и т. п.

Общее состояние больных длительное время остается вполне удовлетворительным. Опухолевая интоксикация развивается в случаях значительного местного распространения опухоли, ее распада, генерализации процесса.

Таким образом, саркомы мягких тканей не обладают патогномоничными симптомами. Из-за видимой безобидности опухоли, а главное, недостаточной осведомленности широкого круга врачей общей лечебной сети о данном заболевании часто допускаются диагностические ошибки. Обычно ошибочными диагнозами являются липома, фиброма, миозит, гигрома, гематома, ушиб, неврит, артрит, бурсит, тромбофлебит, киста и т. д.

Неполное обследование, отсутствие у врачей общей лечебной сети онкологической настороженности и, как следствие, установление ошибочного диагноза обусловливают выбор неправильной лечебной тактики: проводят противовоспалительную терапию, в том числе физиотерапевтические процедуры, вскрывают предполагаемые абсцессы и гематомы, выполняют нерадикальные операции. Указанные лечебные мероприятия не только задерживают начало специального противоопухолевого лечения, но и стимулируют прогрессирование заболевания. Примером диагностической ошибки, возникшей вследствие неправильной интерпретации морфологической картины, может служить следующее наблюдение.

Больной Е., 67 лет, около 20 лет назад заметил опухолевидное образование в зоне медиального края левой лопатки. В 1975 г. начался быстрый рост опухоли, по поводу чего в одной из клиник Москвы выполнена операция удаления опухоли. Далее в той же клинике в 1979 и 1984 гг. производились повторные операции по поводу рецидивов опухоли. При гистологическом исследовании препаратов диагностировалась липома, признаков злокачественного роста не выявляли. По поводу третьего рецидива опухоли больной направлен в МНИОИ им. П. А. Герцена.

При поступлении: в области мягких тканей левой лопатки опухоль тестоватой консистенции с участками уплотнения общим размером 22×36 см. Кожа над опухолью истончена, с выраженным сосудистым рисунком. При пересмотре гистологических препаратов: картина липоматозной опухоли, состоящей из зрелой (в основном) жировой ткани. На этом фоне в одном из препаратов (1979 г.) видны небольшие рассеянные островки, представленные перстневидными липобластами, что может быть расценено как переход липомы в липосаркому (липоматозный вариант). При цитологическом исследовании пунктата из опухоли обнаружены капли жира. С целью уточнения диагноза выполнена трепанобиопсия. Заключение: нельзя исключить рецидив высокодифференцированной липосаркомы. Учитывая упорное рецидивирование опухоли, данные гистологического исследования, обширные размеры опухоли, рекомендовано комбинированное лечение.

3 — 22.06.87 г. проведена предоперационная дистанционная гамма-терапия в суммарной очаговой дозе 50 Гр, в результате чего отмечено увеличение подвижности опухоли, уменьшение ее размеров, увеличение объема

движений в плечевом суставе, исчезновение парестезий. 9.07 выполнено хирургическое вмешательство — удаление опухоли с интраоперационным облучением в разовой дозе 12 Гр на пучке электронов с энергией 8 МэВ и введением в рану клеевой композиции с 30 мг карминомицина. Гистологически: опухоль состоит из нескольких узлов, окруженных тонкой капсулой; два больших узла размером 15×11×7 см и 13×11×11 см микроскопически имеют строение высокодифференцированной липосаркомы. Короткий срок наблюдения после завершения комплексного лечения не дает пока оснований для утверждения об излечении больного.

В диагностике сарком мягких тканей прежде всего необходимо руководствоваться правилом: любая опухоль мягких тканей должна расцениваться как возможное злокачественное новообразование. В данной ситуации необходимо доказывать доброкачественный характер заболевания, исключая злокачественный путем применения целого ряда методов уточняющей диагностики. Какие-либо лечебные мероприятия вне онкологического учреждения могут быть предприняты только при условии абсолютной уверенности в неопухолевом характере заболевания.

Наиболее характерным признаком, отличающим саркомы от доброкачественных опухолей и неопухолевых заболеваний, является ограничение подвижности опухоли, степень выраженности которого варьирует от едва уловимой фиксации до полного сращения с подлежащими тканями. Этот симптом обусловлен инфильтративным характером роста опухоли, и, как правило, неподвижность или выраженная фиксация опухоли свидетельствуют о значительном ее местном распространении. В подобных случаях ошибка в диагностике наименее вероятна. Как показывает опыт МНИОИ им. П. А. Герцена, подавляющее большинство больных поступают на первичное лечение в онкологические стационары с местно-распространенными опухолями, тогда как лечение заболевания в начальных стадиях проводят не в онкологических учреждениях, а стационарах общей лечебной сети.

Отсутствие симптомов, характерных только для сарком мягких тканей, не позволяет на основании осмотра, пальпации и анамнестических данных отвергнуть или установить диагноз. Необходимы дополнительные исследования, направленные на морфологическую верификацию диагноза.

Наиболее простым и доступным является цитологическое исследование пунктата из опухоли, позволяющее в 80% случаев определить злокачественную природу опухоли. При неудачных пункциях, когда в пунктате мало материала, отсутствуют тканевые элементы или получены бесструктурные массы, исследование необходимо повторить. В тех случаях, когда повторные пункции оказываются неудачными, выполняют биопсию (ножевую или трепанационную).

Дополнительными методами исследования, позволяющими заподозрить наличие саркомы мягких тканей, являются рентгенологический (обзорные снимки, прицельные «мягкие» рент-

генограммы, томограммы, пневморентгенография), ангиография, ультразвуковое исследование. Перечисленные методы имеют важное значение в плане установления границ опухоли, ее топографии, связи с магистральными сосудами, распространения на костные структуры.

С целью установления степени распространенности опухолевого процесса необходимо провести рентгенологическое исследование легких, а при наличии увеличенных регионарных лимфатических узлов цитологическое исследование их пунктата. В случае отсутствия данных, свидетельствующих о метастатическом поражении, показана лимфография. Если перечисленные методы не дали результата, то как заключительный этап диагностики может быть произведено иссечение опухоли со срочным гистологическим исследованием.

В настоящее время можно считать доказанными преимущества комбинированного лечения (операция в сочетании с лучевой терапией) перед самостоятельным хирургическим. При этом решающим компонентом комбинированного лечения является операция. Саркомы мягких тканей обладают способностью распространяться вдоль мышечных пучков, фасциальных прослоек, сухожильных влагалищ, нервных стволов и кровеносных сосудов. Операция, выполненная без учета перечисленных особенностей, в высокой степени чревата возникновением рецидива или продолжением роста опухоли. В связи с этим радикальной можно считать лишь такую операцию, при которой вместе с опухолью иссекают окружающие ее нормальные ткани с включением в удаляемый препарат фасций и неизмененных окружающих мышц. В случае необходимости производят резекцию сосудов, нервов, костей. Однако при местно-распространенных опухолях, когда выполнимой радикальной операцией представляется оперативное вмешательство в объеме только ампутации или экзартикуляции конечности, необходимо предпринять попытку провести предоперационную лучевую терапию и затем вновь оценить возможность выполнения сохранной операции на конечности.

За последние 6 лет (1981—1986) в МНИОИ им. П. А. Герцена по поводу сарком мягких тканей проведено лечение 230 больных, из них первичная опухоль была у 95 (41,3%) больных. У 6,1% больных хирургический этап лечения выполнен по месту жительства, а в институте в дополнение проведена лучевая терапия (у 12 из 14 больных этой группы). В связи с местными рецидивами направлены в МНИОИ им. П. А. Герцена 52,6% больных: 30,5% по поводу первого рецидива, 11,8% — второго, 6,5% — третьего, 1,7% — четвертого, 1,3% — шестого и по 0,4% (по одному больному) в связи с пятым и седьмым рецидивом.

Термин «рецидив» имеет весьма условное значение и используется нами для простоты изложения. В большинстве случаев это был не истинный местный рецидив, развившийся че-

рез определенный промежуток времени в зоне расположения первичной опухоли. Условно этот промежуток считают равным 1—3 годам, но не менее 6 мес после операции или окончания лучевого лечения. В противном случае это продолженный рост опухоли после неадекватного лечения. Тогда никакого светлого промежутка после удаления опухоли нет, а опухолевая инфильтрация или узлы опухоли определяются в послеоперационном периоде сразу после ликвидации отека или снятия послеоперационных швов, нередко еще во время пребывания больного в стационаре. Так, из общего числа больных, поступивших по поводу первого «рецидива», у 60,3% продолжительность периода времени от момента окончания лечения до обращения в институт составила от нескольких недель до 6 мес, у 13,2% — от 7 до 11 мес, у 23,6% — от 1 до 3 лет и лишь у 3% — 6—8 лет. Из больных, поступивших на лечение с первым «рецидивом», 75% проведено самостоятельное хирургическое лечение и 25% — комбинированное. Быстрое возникновение рецидивов либо выявление продолженного роста опухоли свидетельствует о неадекватности проведенного лечения.

Особого внимания заслуживает тот факт, что в подавляющем большинстве случаев хирургический этап лечения выполняли не в онкологическом учреждении и без предварительной морфологической верификации диагноза. Более того, поводом для направления в онкологическое учреждение явились не результаты гистологического исследования опухоли (которое, как правило, не проводили), а возобновление или продолжение роста опухоли. Иллюстрацией наиболее частых ошибок в лечении больных с саркомами мягких тканей является следующее наблюдение.

Больная Г., 39 лет. В апреле 1983 г. появились боли в левом бедре. Осмотрена терапевтом и невропатологом. Назначены тепловые процедуры. Обезболивающего эффекта не получено. Спустя год больная заметила опухоль на уровне средней трети левого бедра, на его передней поверхности. По поводу заподозренной остеомы в травматологическом отделении городской больницы по месту жительства 20.08.84 г. выполнена операция. Со слов больной, обнаружена «гематома». Через 7 мес вновь появилась опухоль, и 4.04.85 г. выполнена повторная операция. Вновь обнаружена «гематома». Через год рост опухоли возобновился. Больная впервые консультирована в онкологическом диспансере: диагностирован рецидив злокачественной опухоли и проведена лучевая терапия в дозе 50 Гр на опухоль и 40 Гр на паховую зону, но без гистологической верификации рецидива. В связи с продолжением роста опухоли больная направлена в МНИОИ им. П. А. Герцена.

При поступлении: на уровне средней трети левого бедра муфтообразное уплотнение мягких тканей с гиперпигментированной кожей — постлучевой фиброз. Проксимальнее верхней границы указанных изменений массивная опухоль, занимающая верхнюю треть бедра и распространяющаяся на паховую зону. Опухоль плотной консистенции, болезненная при пальпации, с нечеткими границами. Кожа над опухолью напряжена, сосудистый рисунок усилен. При цитологическом исследовании пунктата из опухоли выявлена злокачественная опухоль, возможно, синовиальная саркома. Пересмотр гистологических препаратов после операции по месту жительства позволил

выявить двухфазную синовиальную саркому. Больная признана инкурабельной, так как возможности лучевой терапии были исчерпаны, а оперативное вмешательство в объеме межподвздошно-брюшного вычленения бесперспективно.

В лечении этой больной допущены грубые ошибки. Во-первых, без детального обследования и установления диагноза назначены тепловые процедуры. Во-вторых, по мере прогрессирования заболевания без точного диагноза, а лишь с подозрением на доброкачественную опухоль и позже по поводу рецидива больную дважды оперируют в травматологическом отделении городской больницы без консультации онколога. Даже онкологи не проводят лучевую терапию рецидива на основании клинико-анамнестических данных, не получив морфологической верификации рецидива злокачественной опухоли. Это тоже одна из типичных ошибок — проведение лечения без морфологической (цито- или гистологической) верификации диагноза.

Комбинированное лечение (предоперационное облучение с последующей операцией) обеспечивает больший радикализм оперативного вмешательства, позволяет произвести радикальную операцию в тех случаях, когда без предоперационного облучения сохранная операция была бы невыполнима, и получить более благоприятные ближайшие и отдаленные результаты. Однако хирургический этап при данном варианте комбинированного лечения имеет свои особенности и при его проведении могут быть допущены определенные ошибки.

Прежде всего было бы ошибочным удалять опухоль, ориентируясь на ее новые, меньшие размеры в случае эффективности предоперационной лучевой терапии вследствие высокой радиочувствительности опухоли. Хирург должен видеть больного до начала лечения и планировать иссечение опухоли с окружающими тканями, исходя из ее формы и первоначальных размеров.

В процессе операции не следует в широких пределах оставлять окружающие опухоль нормальные ткани, попавшие в зону облучения, особенно мышцы. Они довольно часто некротизируются или в последующем подвергаются фиброзированию с образованием грубых рубцов, ограничивающих функцию конечности. Непосредственно в послеоперационном периоде под кожей и в глубине тканей образуются обширные асептические некрозы, что является причиной длительного вялотекущего послеоперационного заживления раны с образованием свищей и отхождением через них некротических масс или развитием через 1—2 нед гнойного процесса вследствие присоединения гноеродной флоры.

Ошибкой является оставление на определенном расстоянии от опухоли частей длинных мышц конечностей (проксимальных или дистальных), кровоснабжение которых было нарушено в процессе мобилизации опухоли вместе с окружающими нор-

мальными тканями. Эти остающиеся части мышц, кровоснабжение которых поддерживается на критическом уровне за счет сохранившихся коллатералей, нередко используют для укрывания сосудисто-нервного пучка, заполнения обширной раневой полости, образующейся после иссечения массива тканей с опухолью. При этом остающиеся культи мышц нередко распластывают и сшивают с натяжением. Наряду с усиливающимся после операции лучевым отеком тканей это окончательно нарушает и без того недостаточное кровоснабжение их и приводит к некрозу.

Существует и другая опасность. Мышцы, кровоснабжение которых нарушено или резко снижено, не представляют собой хорошего пластического материала, не обладают защитными свойствами, а являются благоприятной средой для развития нагноения послеоперационной раны даже за счет сапрофитной флоры.

Швы при комбинированном лечении с предоперационным облучением оставляют на 2—3 нед. Нельзя снимать швы в обычные сроки после операции даже при, казалось бы, первичном заживлении кожной раны. С подобными осложнениями мы неоднократно встречались при комбинированном лечении с предоперационным облучением. У ряда больных после удаления обширных опухолей бедра, ягодичной области и голени вслед за снятием швов через 2 и даже 3 нед после операции при, казалось бы, незначительном физическом усилии (во время ходьбы, при вставании с постели и т. п.) кожные края раны в области неокрепшего рубца легко расходились и под ними обнаруживались не ярко-красные блестящие мышцы, какими мы их обычно видим во время операции, а бледные, обескровленные, сероватой окраски участки мышц без малейших признаков кровотечения. В последующем, даже если не развивались некроз и нагноение в ране, долгое время ее дно, выстланное такими обескровленными мышцами, оставалось как бы безжизненным. Грануляции в такой ране начинали развиваться через 4—5 нед от момента операции и были весьма вялыми, несмотря на применение мазей с биологическими стимуляторами.

При наличии участков некротизированных мышц их приходилось иссекать и накладывать вторичные швы на края раны или ждать очищения раны, развития грануляций и затем накладывать вторичные швы либо производить свободную пересадку кожных лоскутов. Все это надолго затягивало послеоперационное выздоровление больных и пребывание в стационаре. Вследствие обширности оперативного вмешательства и соответственно большого размера раны, на дне которой среди обрывков мышц и вялых грануляций нередко располагался сосудисто-нервный пучок или длинная трубчатая кость конечности, нельзя было перевести таких больных на амбулаторное лечение.

С целью предупреждения подобных осложнений мы рекомендуем иссекать опухоль вместе с вовлеченными в опухолевый конгломерат окружающими тканями в объеме анатомических зон. При этом частично инфильтрированные или вовлеченные в опухолевый конгломерат длинные мышцы конечностей иссекают полностью, от проксимального до дистального места прикрепления к кости или до сухожильных влагалищ. Исключением из этого правила могут служить отдельные мышцы или группы мышц, которые вовлечены в опухолевый конгломерат в дистальном отделе, а более массивный и хорошо снабжаемый кровью проксимальный отдел свободен и находится на значительном удалении от опухоли. К таковым относятся, например, приводящие мышцы бедра, группа ягодичных мышц.

Швы при комбинированном лечении с предоперационным облучением рекомендуется снимать не ранее чем через 2 нед после операции (мы снимали в среднем на 18-й день) при полной ликвидации отечности в области раны и в отсутствие натяжения тканей.

Довольно редким, но опасным осложнением в послеоперационном периоде при комбинированном лечении является аррозионное кровотечение, для остановки которого необходима перевязка артерий бедра. Ошибкой может явиться перевязка бедренной артерии в легкодоступном и удобном для хирурга месте, поскольку может повлечь за собой такое грозное осложнение, как нарушение кровоснабжения конечности, или оказаться неэффективной в отношении аррозионного кровотечения, если будет выполнена без учета коллатерального кровообращения.

Менее опасна перевязка бедренной артерии ниже отхождения глубокой артерии бедра, которая своими ветвями широко анастомозируется как с сосудами из системы внутренней подвздошной артерии (верхней и нижней ягодичными и запирательной артериями), так и с ветвями подколенной артерии. Наоборот, перевязка бедренной артерии выше места отхождения глубокой артерии бедра вызывает более выраженное нарушение кровоснабжения конечности, так как в этих условиях оно осуществляется лишь за счет коллатеральных связей ветвей глубокой артерии бедра с ветвями внутренней подвздошной артерии. Ситуация усугубляется тем, что мышечные ветви бедренной артерии перевязываются при иссечении опухоли бедра с массивом мышц. Если при аррозионном кровотечении перевязывается выше раны только проксимальный конец бедренной артерии, то это вмешательство может оказаться неэффективным и кровотечение будет продолжаться из дистального ее конца вследствие ретроградного кровотока через коллатерали.

В случае возникновения аррозионного кровотечения из раны в ягодичной области поиски поврежденных кровоточащих сосудов оказываются безуспешными, так как доступ к артери-

альным стволам ягодичной области затруднен из-за выраженного слоя подкожной жировой клетчатки и массива большой ягодичной мышцы. Сами же сосуды, находящиеся в ягодичной области (верхняя и нижняя ягодичные, внутренняя половая, запирательная и др.), очень короткие (0,5—4 см), сразу по выходе из малого таза делятся на многочисленные ветви, поэтому поиск кровоточащего сосуда в ране, локализующейся в ягодичной области, был бы ошибкой хирурга. В связи с этим при массивном аррозионном кровотечении из сосудов, расположенных в этой области, целесообразнее, не теряя времени, перевязать внутреннюю подвздошную артерию в полости малого таза.

Решая вопрос о возможности перевязки или иссечения участка бедренной артерии, вовлеченной в опухолевый конгломерат, в каждом конкретном случае следует исходить из степени развития коллатерального кровообращения и наличия стенозирования артерии. Проведенное до операции ангиографическое исследование позволяет ответить на все эти вопросы и подготовиться к пластике бедренной артерии аутовеной или синтетическим сосудистым протезом.

Наиболее частой и грубейшей ошибкой является легкомысленное отношение врачей общей лечебной сети к опухолевым образованиям в мягких тканях и направление больных на операцию без детального обследования, притом во многих случаях ее производят под местной анестезией в амбулаторных условиях, в связи с чем, естественно, ограничиваются выполнением нерадикального вмешательства.

В результате проведенного в институте лечения 68 больных с первым рецидивом саркомы мягких тканей у 31 (45,6%) достигнута ремиссия, у 24 из них продолжительностью от 1 до 5 лет. Местные рецидивы вновь возникли у 7 (10,3%) больных в сроки от 1 мес до 3 лет, в том числе у 2 из них с развитием отдаленных метастазов. У 3 из 68 больных в связи с обширным местным распространением опухоли лечение носило сугубо паллиативный характер. При поступлении в институт либо в процессе лечения у 10 (14,7%) больных были выявлены метастазы, преимущественно в легких. Кроме того, у 8 (11,8%) больных метастазы обнаружены в различные сроки после проведенного в институте лечения, в том числе у 7 через 1—4 года и у 1 спустя 7 мес. При этом ни у одного из этих 8 больных не было отмечено местных рецидивов. Умерло 6 больных в сроки от 10 мес до 6 лет вследствие генерализации опухолевого процесса. Сведения о 3 больных отсутствуют.

Из 91 больного, которым первичное лечение проводили в институте, у 60,4% достигнута ремиссия: у 12 больных продолжительностью до 1 года и у 43 — от 1 до 6 лет. У 2 больных отмечено прогрессирование заболевания в процессе лечения. У 7,7% больных возникли рецидивы в сроки от 5 мес до 1 года после лечения первичной опухоли. Метастазы при первичном

поступлении или в процессе лечения обнаружены у 14 (15,4%) больных и в сроки от 2 мес до 3 лет — у 13 (14,3%).

Приведенные выше данные свидетельствуют о том, что проводимое в институте комбинированное лечение сарком мягких тканей позволяет уменьшить до минимума количество местных рецидивов. Примером неадекватного лечения может служить следующее наблюдение.

Больной М. 35 лет. Диагноз: рецидив саркомы мягких тканей правого локтевого сустава. Болен около 30 лет. По поводу опухоли мягких тканей правого локтевого сустава в 1954, 1968, 1982, 1984 гг. были произведены операции — удаление рецидивирующей опухоли без дополнительного лечения. При обращении в институт в марте 1984 г. в мягких тканях дистальной трети правого плеча определялась опухоль плотной консистенции размером 5×6 см с четкими контурами. Контуры плеча и локтевого сустава резко деформированы после ранее перенесенных операций. Движения в локтевом суставе резко ограничены. Больной категорически отказывался от ампутации конечности. Для того чтобы попытаться сохранить конечность, был выработан план комбинированного лечения, и в марте — апреле 1984 г. проведена предоперационная лучевая терапия в дозе 36 Гр. От предложенной операции, которая могла бы завершиться ампутацией конечности, больной категорически отказался. При пересмотре гистологических препаратов операций 1968 и 1984 гг. выявлена двухфазная синовиальная саркома, которая не была своевременно распознана. Спустя 6 мес после завершения лучевой терапии выявлены множественные метастазы в легких. Предпринятые попытки химиотерапии успеха не имели.

Даже при подобном торпидном течении саркомы тактически неправильно проведенное лечение приводит к печальному исходу. Уменьшение интервала между вторым и третьим рецидивами (с 14 до 2 лет) должно было насторожить врачей. Выполнение хирургического вмешательства без дополнительного лучевого лечения явилось тактической ошибкой, которую позже исправить не удалось.

Анализ причин безуспешного лечения сарком мягких тканей в первую очередь свидетельствует о нерадикальном характере выполняемых операций. Как показывает опыт широкого использования комбинированного метода лечения, при выполнении операции в сочетании с пред- и(или) послеоперационным облучением в 2 раза уменьшается частота местного рецидивирования по сравнению с проведением только хирургического лечения [Кныш И. Т. и др., 1981; Тришкин В. А. и др., 1981; Leibel S. et al., 1982; Bramwell V. H. et al., 1985]. По данным МНИОИ им. П. А. Герцена, после комбинированного лечения больных с саркомами мягких тканей (первичных и рецидивных) местные рецидивы выявлены у 18,7% больных, а после хирургического — у 40,5%.

Об эффективности комбинированного лечения с использованием лучевой терапии свидетельствуют также полученные нами данные о 14 больных, которым операции были выполнены в хирургических отделениях больниц по месту жительства, а не в онкологических учреждениях, без предварительной морфологической верификации диагноза и имели нерадикальный

либо условно радикальный характер. Из них 12 больным в институте дополнительно проведена лучевая терапия. Больные живы без признаков возобновления опухолевого роста в течение от 6 мес до 3 лет. Одному больному рекомендовано проведение лучевой терапии в онкологическом диспансере по месту жительства (судьба его неизвестна). У одного больного в связи со стремительным прогрессированием заболевания пришлось отказаться от лучевого лечения и провести паллиативную химиотерапию.

Таким образом, несмотря на выраженную биологическую активность сарком мягких тканей, проявляющуюся местным рецидивированием и склонностью к метастазированию, своевременная диагностика и адекватное лечение позволяют у значительного числа больных избежать быстрого прогрессирования заболевания и добиться стойкой ремиссии.

Задачами предоперационной лучевой терапии являются снижение биологической активности опухоли за счет повреждения ее наиболее анаплазированных элементов; снижение способности опухолевых клеток к имплантации и тем самым уменьшение риска местного рецидивирования, имплантационного и отдаленного метастазирования; создание более благоприятных условий для хирургического лечения (уменьшение размера опухоли, формирование «ложной капсулы» вокруг опухоли). В связи с этим и при менее распространенных опухолях перед операционным вмешательством целесообразно провести лучевую терапию.

Как показывает опыт, при небольших размерах опухоли в отсутствие фиксации ее к окружающим тканям и данных о прорастании в сосуды, нервы, кости, капсулу сустава при наличии показаний с равным успехом может быть проведена послеоперационная лучевая терапия. Ее задачами являются разрушение опухолевых клеток, возможно, оставленных по краям раны; подавление роста остатков опухоли после нерадикально выполненной операции; разрушение микроскопических остатков опухоли, наличие которых вполне вероятно при инфильтративном росте, а также в связи с мультицентричностью зачатков.

Крайне важным условием проведения предоперационной лучевой терапии в адекватном объеме является тщательная топометрическая подготовка с помощью перечисленных ранее методов рентгенологического и ультразвукового исследования. Необходимость выполнения данных исследований определяется тем, что пальпация часто дает неточную и даже ложную информацию о размерах и местном распространении опухоли.

Грубой ошибкой является проведение лучевой терапии с использованием полей, ограниченных размерами опухоли. По перечисленным выше причинам элементы опухоли определяются за пределами пальпируемых краев опухоли. В связи с этим границы объема облучения планируют на 3—4 см кнаружи от

зафиксированных краев опухоли с использованием длинных узких полей вдоль сосудисто-нервных пучков, причем по длиннику опухоли край поля облучения иногда отстоит на 5—7 см от видимой границы опухоли.

Среди различных методов и схем лучевой терапии, применяемых при лечении сарком мягких тканей, наибольшие преимущества имеет методика среднего фракционирования дозы. Облучение проводят 2 раза в неделю с использованием разовой очаговой дозы 4,5 Гр до суммарной дозы 36—40,5 Гр, что с учетом ВДФ эквивалентно 48—52 Гр классического фракционирования (по 2 Гр 5 облучений в неделю). Операцию выполняют через 2—3 нед после облучения, в течение которых полностью реализуется лучевой эффект воздействия на опухоль и в значительной степени ликвидируются лучевые реакции и повреждение окружающих здоровых тканей.

Послеоперационную лучевую терапию проводят в режиме классического фракционирования до суммарной очаговой дозы 46—50 Гр при условии полного заживления послеоперационной раны, что и определяет сроки начала лучевой терапии. Облучению подвергают не только послеоперационный рубец, но и весь массив тканей той области тела или конечности, где ранее располагалась опухоль.

Мы считаем нецелесообразным и даже ошибочным проведение лучевой терапии в сроки, превышающие 1,5—2 мес после операции, вследствие вторичного заживления раны. В подобных случаях лучевую терапию рекомендуем проводить лишь при появлении признаков рецидива в плане комбинированного лечения с последующей операцией.

В случаях нерадикально или условно радикально выполненных операций к участкам, подозрительным на наличие остатков опухоли, дополнительно с локального поля подводят 15—20 Гр. С этой целью подозрительные участки во время операции маркируют рентгеноконтрастными метками, например металлическими скрепками от сшивающих аппаратов.

Однако лучевая терапия, как и оперативное вмешательство, является мерой локального воздействия на опухоль и не предотвращает развития имеющихся на момент лечения субклинических метастазов, в связи с чем требуется дополнительно провести еще какое-либо лечение. В настоящее время таковым является химиотерапия. Однако до настоящего времени не существует единого мнения относительно целесообразности проведения профилактической химиотерапии.

Мы считаем неоправданным всем больным с саркомами мягких тканей после операции проводить профилактическую (адъювантную) химиотерапию. Тем более ошибочным является осуществление химиотерапии такими распространенными и доступными противоопухолевыми препаратами, как тиофосфамид, 5-фторурацил (фторафур) в плане моно- или полихимиотерапии, так как все саркомы мягких тканей нечувстви-

тельны к этим препаратам, а для организма они небезразличны и могут вызывать ряд побочных реакций.

Адъювантная химиотерапия допустима при наиболее агрессивных формах сарком мягких тканей, таких как ангиосаркома, синовиальная, полиморфно-клеточная саркома, при которых высок процент гематогенного метастазирования в легкие, печень, кости. При этом проводить ее можно лишь в том случае, если в распоряжении врачей имеются противоопухолевые препараты, в отношении которых доказана эффективность воздействия на первичную опухоль и отдаленные метастазы [Brooks R., Jones S., 1982]. К таким препаратам в настоящее время относятся адриамицин (адриабластин), карминомицин, винкристин, имидазолкарбоксамид и др.

В заключение необходимо остановиться на основных положениях, знание которых позволяет избежать ошибок в диагностике и лечении сарком мягких тканей.

1. Саркомы мягких тканей не имеют характерных симптомов, особенно в ранних стадиях развития, поэтому часто симулируют доброкачественные опухоли и неопухолевые заболевания.

2. Клиническая симптоматика позволяет лишь заподозрить то или иное заболевание. Окончательный диагноз устанавливают на основании результатов комплекса исследований с обязательной морфологической верификацией.

3. В случаях сомнительного и неуточненного диагноза категорически противопоказано применение физиотерапевтических процедур, прогреваний и т. д., что не только отдаляет начало противоопухолевого лечения, но также может способствовать местному прогрессированию заболевания и диссеминации процесса.

4. Операция может явиться последним этапом диагностики сарком мягких тканей. При этом необходимым условием должно быть выполнение срочного гистологического исследования.

5. Лечение больных с саркомами мягких тканей необходимо выполнять только в онкологических учреждениях.

6. Комбинированное лечение, включающее операцию и лучевую терапию, имеет явные преимущества перед хирургическим лечением и может расцениваться как метод выбора при саркомах мягких тканей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Авилова О. М., Гетьман В. Г., Афрасиаб-оглы Вагиф и др. Диагностика и лечение доброкачественных опухолей и кист средостения//Вопр. онкол.— 1987.— Т. 33.— № 5, с. 75—78.

Агамова К. А., Сидорова Н. А. Цитологические данные при инфильтрирующей карциноме молочной железы//Вопр. онкол.— № 6.— С. 36—43.

Амелина О. П., Федоров В. Д., Одарюк Т. С. Хирургическая тактика при кровотечениях во время радикальных операций на прямой кишке//Хирургия.— 1988.— № 9.— С. 131—134.

Баженова А. П., Островцев Л. Д., Хаханашвили Г. Н. Рак молочной железы.— М.: Медицина, 1985.— 369 с.

Бакулев А. Н., Колесникова Р. С. Хирургическое лечение опухолей и кист средостения.— М.: Медицина, 1967.— 264 с.

Белоярцев Ф. Ф. Инфузионно-трансфузионная терапия: Справочник по анестезиологии и реаниматологии.— М.: Медицина, 1982.— 272 с.

Березкин Д. П., Вагнер Р. И., Мизаушев Х. А. Резервы увеличения числа больных раком легкого, подлежащих радикальному лечению.— Вопр. онкол.— 1985.— Т. 31.— № 4.— С. 37—41.

Березкин Д. П., Семиглазов В. Ф., Филатов В. Н., Екимов В. И. Выживаемость больных раком молочной железы (по материалам ВЦИЭЛ)//Вопр. онкол.— 1986.— Т. 32, № 9.— С. 17—24.

Битюцкий П. Г., Трофимов Е. И., Харченко Н. В. Организация помощи больным с опухолями головы и шеи в РСФСР//Сб. науч. трудов «Опухоли головы и шеи».— М., 1987.— Вып 8.— С. 106—109.

Блохин Н. Н., Клименков А. А., Плотников В. И. Рецидивы рака желудка.— М.: Медицина, 1981.— 159 с.

Бунятян А. А., Пиляева И. Е., Шмырин М. М. и др. Многокомпонентная внутривенная анестезия на основе капельной инфузии калипсола//Анестезиол. и реаниматол.— 1981.— № 5.— С. 3—6.

Вагнер Р. И., Барчук А. С. Активное выявление рака легкого при диспансеризации//Онкологический компонент диспансеризации населения. — Л., 1985.— С. 158—168.

Вагнер Р. И., Барчук А. С., Блинов Н Н. Диагностика рака легкого в поликлинических условиях.— Л.: Медицина, 1986.— 127 с.

Василевская Л. Н., Винокур М. Л. Предраковые заболевания и начальные формы рака шейки матки.— М.: Медицина, 1987.— 160 с.

Вехова Л. И., Шуваева Н. И., Малышева С. Ф., Лебедева А. В. Роль гормонотерапии в лечении рака эндометрия//Вопр. онкол.— 1983.— Т. 29, № 3.— С. 27—30.

Виннер М. Г. Некоторые вопросы комплексной диагностики раннего рака желудка.//Клин. мед.— 1986.—№ 6.— С. 82—86.

Виноградов А. Л., Вашакмадзе Л. А., Никитаев Н. С. Хирургическая тактика при опухолях забрюшинного пространства, связанных с нижней полой веной//Сов. мед.— 1987.— № 8.— С. 69—72.

Винокуров В. Л., Колосов А. Е. Метастазирование рака яичников в большой сальник//Вопр. онкол.— 1980.— Т. 24.— 2 — С. 30—33.

Вишневский А. А., Адамян А. А. Хирургия средостения.— М.: Медицина, 1977.— 400 с.

Володин В. М., Постницкий В. М. Контроль качества в радионуклидной диагностике (принципы и подходы)//Мед. радиол.— 1988.— № 3.— С. 64—73.

Выжигина М. А., Гиммельфарб Г. Н. Современные аспекты анестезии в хирургии легких.— Ташкент: Медицина, 1988.— 200 с.

Гавриленко Я. В. О диагностике рака желудка методом внутригастральной люминесценции гематопорфирина при гастроскопии//Всесоюзный съезд гастроэнтерологов, 3-й: Труды.— М., 1982.— С. 422—428.

Ганул А. В. Распознавание опухолей вилочковой железы//Врач. дело.— 1986.— № 12.— С. 68—72.

Ганул А. В. Хирургическое и комбинированное лечение злокачественных тимом//Клин. хир.— 1987.— № 12.— С. 22—24.

Герасименко В. Н., Шабашова Н. Я., Голубев А. Н. Реабилитация больных раком легкого//Вопр. онкол.— 1982.— Т. 28. № 2.— С. 61—65.

Герасименко В. Н. Реабилитация онкологических больных.— М.: Медицина, 1988.— 272 с.

Гиммельфарб Г. Н. Анестезия у больных с патологией легочного кровообращения.— Ташкент: Медицина (Уз. ССР), 1985.— 220 с.

Гринберг Г. К., Скуя Н. А., Фабрициус А. А. и др. Причины ошибок при эндофиброскопических исследованиях пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки//Специализированная медицинская служба в Латвийской ССР.— Рига, 1980.— С. 162—166.

Грицман Ю. Я. Диагностические и тактические ошибки в онкологии.— М.: Медгиз, 1981.— 170 с.

Гологорский В. А. Оценка функционального состояния различных систем организма больного перед операцией//Справочник по анестезиологии и реаниматологии.— М.: Медицина, 1982.— С. 138—140.

Гуля Д. И., Кожухарь В. И., Наливайко Н. Н., Гроза Г. Н. Ошибочная диагностика туберкулеза у больных раком легкого//Диагностика заболеваний легких различной этиологии.— Кишинев, 1982.— С. 38—41.

Дарбинян Т. М., Баранова Л. М., Григорьева Р. Г., Ярустовский М. Б. Нейровегетативное торможение как компонент общей анестезии//Анестезиол. и реаниматол.— 1983.— № 3.— С. 3—9.

Дедков И. П., Захарычев В. Д. Первичные новообразования средостения.— Киев: Здоров'я, 1982.— 176 с.

Демидов В. Н., Зыкин В. И. Ультразвуковая диагностика объемных образований женских половых органов//Акуш. и гин.— 1983.— № 2.— С. 57—59.

Демидов В. П., Островцев Л. Д. Современные подходы к выявлению и лечению рака молочной железы//Диагностика и лечение рака молочной железы.— М., 1985.— С. 3—8.

Демин В. Н., Пучков Ю. Г. Ошибки и опасности в онкологической практике.— М.: Медицина, 1985.— 273 с.

Денисов Л. Е., Перельман М. И., Одинцов С. В. Рак легкого: перспективы заболеваемости и улучшения диагностики до 1995 г.//Патоморфология, диагностика и лечение рака легкого.— Минск, 1987.— С. 25—31.

Довгалюк А. З., Столяров В. И. Повторные операции при забрюшинных опухолях неорганного происхождения//Вестн. хир.— 1984.— № 11.— С. 48—52.

Доценко А. П., Пироженко В. В., Байдин В. И., Шипулан П. П. Диагностика и хирургическое лечение опухолей и кист средостения//Грудная хир.— 1987.— № 3.— С. 69—72.

Дрыжак В. И. Эффективность лечения больных раком молочной железы//Хирургия.— 1983.— № 9.— С. 23—26.

Дуков Л. Г., Борохов А. И. Диагностические и лечебно-тактические ошибки в пульмонологии.— М.: Медицина, 1988.— 272 с.

Дурнов Л. А. Злокачественные опухоли у детей раннего возраста.— М.: Медицина, 1984.— 256 с.

Дурнов Л. А., Ахмедов В. П., Бухны А. Ф. Педиатрическая онкология.— Душанбе: 1986.— 192 с.

Ефимова О. Ю., Барышников А. А. Значение рентгенологического метода в диагностике малого первично-язвенного рака желудка//Диагностика и лечение злокачественных опухолей пищеварительного тракта.— М., 1987.— С. 35—39.

Зайцев А. А. Роль опиоид- и адренергических механизмов в регуляции гемодинамических сдвигов при боли//Экспериментальная и клиническая фармакология болеутоляющих средств. Тр. Всесоюзн. конфер.— Л., 1986.— С. 24—26.

Зайцев А. А. Особенности и механизмы болеутоляющего действия клофелина// Актуальные проблемы лекарственного обезболивания.— Л., 1988.— С. 62—74.

Закопайло Г. Г., Березовский Б. А., Кучер В. А., Марчук И. И. Причины поздней диагностики рака легкого в противотуберкулезных учреждениях// Пробл. туб.— 1981.— № 5.— С. 16—19.

Земляной А. Г. Диагностика и лечение рака поджелудочной железы//Вестн. хир.— 1987.— № 8.— С. 33—40.

Кассиль В. Л. Искусственная вентиляция легких в интенсивной терапии.— М.: Медицина, 1987.— 255 с.

Климанский В. А., Рудаев Я. А. Трансфузионная терапия при хирургических заболеваниях.— М.: Медицина, 1984.— 255 с.

Клименков А. А., Фридман Е. Г., Поддубный Б. К. и др. Клинико-диагностические особенности поверхностного рака желудка//Хирургия.— 1981.— № 4 — С. 13—16.

Клименков А. А., Патютко Ю. И., Бачиашвили А. К., Черкес В. Л. Комбинированные оперативные вмешательства у больных с забрюшинными неорганными опухолями//Хирургия.— 1986.—№ 9.—С. 84—88.

Кныш И. Т., Кононенко Н. Г. Хирургическое лечение больных с неорганными опухолями таза//Вестн. хир.— 1981.— № 12.— С. 72—78.

Кротков Ф. Ф., Корсунский В. Н., Науменко А. З. и др. Клиническая оценка некоторых туморотропных радиофармацевтических препаратов//Мед. радиол.— 1982.— № 10.— С. 42—47.

Кузин М. И., Шкроб О. С., Голубков В. А. и др. Опухоли вилочковой железы с миастеническим синдромом//Хирургия.— 1983.— № 4.— С. 11—15.

Липкович В. С. К вопросу о рентгенодиагностике местнораспространенного рака проксимального отдела желудка//Диагностика и лечение злокачественных опухолей пищеварительного тракта.— М., 1987.— С. 44—48.

Лисовский В. А. Люминесцентная эндоскопия в диагностике заболеваний желудка//Сов. мед.— 1982.— № 2.— С. 54—59.

Ловягин Е. В., Рохлин Г. Д. Современные возможности рентгенологического метода исследования в диагностике заболеваний легких (обзор литературы)//Трудности и ошибки в рентгенодиагностике заболеваний легких.— Л., 1985.— С. 4—16.

Лукомский Г. И., Шулутко М. Л., Виннер М. Г., Овчинников А. А. Бронхопульмонология.— М.: Медицина, 1982.— 400 с.

Максимов И. А., Франк Г. А., Трахтенберг А. Х., Соколов В. В. Эндоскопическая диагностика преинвазивного и начального инвазивного рака легкого// Сов. мед.— 1986.— № 4.— С. 34—38.

Максимов И. А., Савинкин Ю. Н., Лебедев А. В. Гастроскопия в морфологической верификации рака желудка//Сов. мед.— 1988.— № 11.— С. 78—81.

Малиновский Н. Н., Денисов Л. Е., Володин В. Д., Одинцов С. В. Ранние формы рака желудка, выявленные при диспансеризации//Хирургия.— 1983.— № 4.— С. 29—32.

Малышев В. Д. Острая дыхательная недостаточность.— М.: Медицина, 1989.— 230 с.

Мамонтов А. С., Осипова Н. А., Беневский А. И. и др. Легочный кровоток у больных раком пищевода//Сов. мед.— 1986.— № 2.— С. 70—74.

Матякин Е. Г. Диагностика, лечение и профилактика метастазов в регионарные лимфатические узлы шеи при раке гортани//Журн. ушн., нос и горл. бол.,— 1987.— № 1.— С. 9—13.

Машкиллейсон А. Л. Предрак красной каймы губ и слизистой оболочки рта.— М.: Медицина, 1970.— 272 с.

Меве Е. Б., Лаптев А. Н. О некоторых причинах несвоевременного распознавания рака легкого//Клин. мед.— 1982.— № 6.— С. 30—34.
Метелица В. И. Справочник кардиолога по клинической фармакологии.— М.: Медицина. 1987.— 368 с.
Миронова Г. Т., Бачиашвили А. К., Мазаев А. П. Ультразвуковая томография в диагностике забрюшинных неорганных опухолей//Мед. радиол.— 1986.— № 7.— С. 45—48.
Мкртчан Л. Н., Амбарцумян А. М., Адамян Р. Т. Метод фиброцервикогистероскопии в диагностике рака эндометрия и цервикального канала//Вопр. онкол.— 1987.— Т. 32, № 9,— С. 90—94.
Напалков Н. П., Барчук А. С., Мерабишвили В. М. Некоторые вопросы профилактики рака легкого и организация специализированной помощи заболевшим//Вестн. хир.— 1982.— Т. 28, № 1,— С. 20—25.
Напалков Н. П., Мерабишвили В. М., Церковный Г. Т., Преображенская М. Н. Заболеваемость населения СССР злокачественными новообразованиями за период с 1970 по 1980 год//Вопр. онкол.— 1982.— Т. 38, № 10.— С. 26—71.
Неробеев А. И. Пластика дефектов лица и шеи сложным лоскутом с включением большой грудной мышцы//Стоматология.— 1984.— № 4.— С. 41—44.
Нидерле Б. Хирургия желчных путей.— Прага, 1982.
Никитин А. М., Коплатадзе А. М., Манвелидзе А. Г. Диагностика и хирургическое лечение внеорганных опухолей околопрямокишечной клетчатки у взрослых//Хирургия.— 1986.— № 9.— С. 65—69.
Новикова Е. Г., Сорокин С. З., Шабалова И. П. Возможности цитологического метода исследования цервикального канала при ранних формах рака шейки матки//Лабор. дело.— 1987.— № 11.— С. 834—836.
Огольцова Е. С. Злокачественные опухоли верхних дыхательных путей.— М.: Медицина, 1984.— 223 с.
Ольбинская Л. И., Литвицкий П. Ф. Коронарная и миокардиальная недостаточность — М.: Медицина, 1986.— 271 с.
Ольшанский В. О., Корниенко В. Н., Кицманнек З. Д., Сдвижков А. М. Компьютерная томография при злокачественных опухолях верхней челюсти и полости носа.— Томск, 1985.— 144 с.
Ольшанский В. О., Кешелава В. В., Лонский В. В. Хирургический метод восстановления голоса после полного удаления гортани//Вестн. оторинолар.— 1986.— № 3.— С. 67—71.
Ольшанский В. О., Сдвижков А. М., Кисличко А. Т. Об экзентерации орбиты при распространенных злокачественных опухолях верхней челюсти и полости носа//Вестн. оторинолар.— 1987.— № 5.— С. 51—54.
Осложнения при анестезии/Под ред. Ф. К. Оркина, Л. Х. Купермана: Пер. с англ.— М.: Медицина, 1985.— Т. 1—2.
Осипова Н. А. Оценка эффекта наркотических, анальгетических и психотропных средств в клинической анестезиологии.— Л.: Медицина, 1988.— 247 с.
Осипова Н. А., Мамонтов А. С., Долгополова Т. В. и др. Проблема адекватности общей анестезии в хирургии рака пищевода//Анестезиол. и реаниматол.— 1988.— № 3.— С. 34—38.
Павлов А. С., Стиоп Л. Д. Злокачественные опухоли носоглотки и их лучевое лечение — М.: Медицина, 1985.— 237 с.
Панцырев Ю. М. Острые кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта//Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости.— М.: Медицина, 1986.— С. 482—518.
Пачес А. И., Пропп Р. М. Рак щитовидной железы.— М.: Медицина, 1984.— 326 с.
Пачес А. И., Ольшанский В. О., Любаев В. Л., Туок Т. Х. Злокачественные опухоли полости рта, глотки и гортани.— М.: Медицина, 1988.— 304 с.
Перельман М. И., Денисов Л. Е., Одинцов С. В. Диагностика и лечение ранних стадий рака легкого в условиях диспансеризации//Хирургия.— 1986.— № 10.— С. 74—77.
Падерин В. Ф., Федоров А. Б. Роль комплексного бронхологического исследования в диагностике центрального перибронхиального рака легкого//Вопр. онкол.— 1984., № 12.— С. 46—50.

Погосов В. С., Акопян Р. Г., Талалаев В. Н., Давыдов Х. Ш. Диагностика и лечение злокачественных опухолей полости носа и его придаточных пазух//Вестн. оториноларинг.— 1988.— № 3.— С. 43—47.
Подневич И. Р. Ошибки в диагностике неорганных опухолей забрюшинного пространства//Вестн. хир.— 1982.— № 9.— С. 130—132.
Портной А. С., Гроздовская Ф. Л. Рак и аденома предстательной железы.— Л.: Медицина, 1984.— 271 с.
Портной Л. М. Выявление центрального рака легкого в условиях поликлиники//Клин. мед.— 1986.— № 6.— С. 77—82.
Портной Л. М., Мосунова Т. Д., Суренчик В. И. и др. Роль пульмонологической комиссии в выявлении центрального рака и других легочных заболеваний//Сов. здравоохр.— 1986.— № 12.— С. 12—16.
Пристайко Я. И., Мельник В. М. Дифференциальная диагностика туберкулеза и рака//Врач. дело.— 1983.— № 4.— С. 15—17.
Приходько А. Г., Викман Я. Э., Роздильский С. И. и др. ^{67}Ga-цитрат в дифференциальной диагностике полостных образований в легких//Мед. радиол.— 1988.— № 5.— С. 71—73.
Пропп Р. М. Итоги изучения и перспективы развития проблемы рака щитовидной железы//Сб. науч. трудов «Опухоли головы и шеи».— М., 1987.— С. 18—26.
Процык В. С., Кныш М. И. Ошибки при диагностике и лечении злокачественных опухолей верхней челюсти//Клиническая онкология.— Киев, 1986.— Вып. 6.— С. 72—76.
Рейнберг С. А. Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов. М.: Медицина, 1964.— 236 с.
Рак легкого: современная ситуация. Рак, ВОЗ.— Л., 1986.— С. 37—43.
Ратнер Л. М. Диагностические ошибки и диагностика рака грудной железы.— Свердловск, 1949.— 326 с.
Рокицкий М. Р. Ошибки и опасности в хирургии детского возраста.— Л.: Медицина, 1986.— 279 с.
Руководство по клинической эндоскопии/Под ред. В. С. Савельева, В. М. Буянова, Г. И. Лукомского.— М., 1985.— 543 с.
Рябов Г. А., Семенов В. Н., Терентьева Л. М. Экстренная анестезиология.— М.: Медицина, 1983.— 83 с.
Семиглазов В. Ф., Бавли Я. Л., Аненков С. В. Ошибки в диагностике и лечении рака молочной железы//Хирургия.— 1983.— № 9.— С. 87—89.
Сигал М. З., Муравьев В. Ю. Субоперационная диагностика начального рака желудка//Вопр. онкол.— 1985.— № 6.— С. 48—58.
Сигал М. З., Ахметзянов Ф. Ш. Гастрэктомия и резекция желудка по поводу рака.— Казань: Изд-во Казан. ун-та, 1987.— 272 с.
Слепова Р. И., Казакова В. И. Анализ ошибок в диагностике туберкулеза, хронической пневмонии и рака легких//Клин. мед.— 1982.— № 11.— С. 32—35.
Слизов В., Морис Т. О централизации лечения больных раком желудка//Вопр. онкол.— 1986.— № 5.— С. 15—21.
Соловьев М. М. Онкологические аспекты в стоматологии.— М.: Медицина, 1983.— 159 с.
Столяров В. И., Довгалюк А. З. Липосаркома забрюшинного пространства//Вестн. хир.— 1987.— № 5.— С. 43—46.
Стручков В. И., Долина О. А., Доброва А. М. Клиническая патофизиология при хирургических заболеваниях.— М.: Медицина, 1977.— 126 с.
Таптанова С. Л. Восстановление звучной речи у больных после резекции или удаления гортани.— М.: Медицина, 1985.— 91 с.
Тарасюк С. В., Летягин В. П. Неврологические расстройства у больных с метастазами рака молочной железы в кости черепа//Вопр. онкол.— 1986.— Т. 32, № 7.— С. 26—30.
Трахтенберг А. Х., Чиссов В. И., Осипова Н. А., Андриевский А. Г. Эволюция хирургического лечения больных раком легкого//Хирургия.— 1987.— № 9.— С. 48—54.
Трахтенберг А. Х. Рак легкого.— М.: Медицина, 1987.— 303 с.

Фастыковская Е. Д., Тинаев В. И., Котов С. Н. Трудности и ошибки в диагностике рака легкого и пневмоний//Трудности и ошибки в рентгенодиагностике заболеваний легких.— Л., 1985.— С. 60—63.
Филатов В. Ф., Шкиль А. М., Шеленков Н. В., Кашеварова З. И. Эффективность диагностики и лечения рака гортани по материалам ЛОР-клиники за 20 лет//Вестн. оториноляр.— 1983.— № 5.— С. 54—58.
Финкельштерн М. Р., Стиоп Л. Д., Демидов В. П., Волкова М. А. Типичные диагностические, лечебные ошибки и причины запущенности у больных злокачественными опухолями верхней челюсти//Сб. науч. трудов «Опухоли головы и шеи».— М., 1980.— Вып. 4.— С. 56—60.
Хартиг В. Современная инфузионная терапия. Парентеральное питание: Пер. с нем.— М.: Медицина, 1982.— 494 с.
Хинт Э. К. Возможности профилактики рака молочной железы//Вопр. онкол.— 1986.— Т. 32, № 7.— С. 85—89.
Цитологическая диагностика опухолей и предопухолевых процессов/Под ред. А. С. Петровой.— М.: Медицина, 1985.— 302 с.
Черноусов А. Ф., Корчин А. М., Стенько В. Р. и др. Диагностика и хирургическое лечение ранних форм рака желудка//Хирургия.— 1983.— № 8.— С. 100—104.
Чиссов В. И., Русаков И. Г. Остановка кровотечения клеем при операциях по поводу опухолей забрюшинного пространства//Хирургия.—1981.— № 8.— С. 94—97.
Чиссов В. И., Трахтенберг А. Х., Капацинский Е. В. Хирургия рака легкого (по материалам Московского научно-исследовательского онкологического института им. П. А. Герцена)//Вестн. хир.— 1983.— Т. 130, № 2.— С. 16—20.
Чиссов В. И., Грицман Ю. Я., Шафир И. И., Батинов И. Н. Ошибки в диагностике и лечении рака желудка//Вопр. онкол.— 1984.— № 1.— С. 45—52.
Чучалин А. Г. Основные научные направления в изучении патологии органов дыхания//Тер. арх.— 1987.— № 3.— С. 3—9.
Шантуров А. Г., Сенюков М. В. Злокачественные опухоли носа.— Иркутск, 1982.— 174 с.
Шантуров А. Г., Фейгин Г. А., Битюцкий П. Г. Функциональная хирургия рака гортани и вопросы реабилитации//Диагностика, лечение и организация онкологической помощи больным с опухолями головы и шеи.— Томск, 1983.— С. 98—101.
Шенталь В. В. Современные возможности криогенного лечения рака органов полости рта//Опухоли головы и шеи.— Кишинев, 1983.— С. 71—75.
Штиль А. А. Принципы хирургического лечения злокачественных опухолей носа и его придаточных пазух//Вестн. оториноляр.— 1983.— № 2.— С. 25—28.
Шуваева Н. И., Вехова Л. И., Новикова Е. Г. и др. Органосохраняющее лечение в онкогинекологии//Вопр. онкол.— 1987. —№ 10.— С. 48—52.
Юрикович М. Туберкулез как причина ошибок в диагностике рака легкого// Пробл. туб.— 1984.— № 5.— С. 36—38.
Ященко Б. Н., Корейко Г. М., Мясникова В. Г. и др. Особенности диагностики и клинического течения туберкулеза и рака легких у больных пожилого и старческого возраста//Врач. дело.— 1985.— № 12.— С. 26—28.

Alhashimi M., Citron M., Fossieck Jr. et al. Lung cancer, tuberculin reactivity and isoniazid//S. Afr. med. J.— 1988.— Vol. 81, N 3.— P. 337—340.
Almendral A. C., Kaser O. T. Tratamiento quirurgico del cancer cervical//Rev. esp. Obstet. Ginec.— 1983.— Vol. 42, N 284.— P. 695—717.
Arnoldi C., Johansen H., Mouridsen H. T. Soft tissue sarcomas in adults. Surgical, radiologic and cytotaxic treatment//Acta Radiol. 2 Sec. Ther. Phys. Biol.— 1984.— Vol. 23, N 2—3.— P. 169—175.
Badea P., Badea A. Anatomo-clinical and physiopathological considerations upon ovarian tumours in geriatric surgery//Romanian J. geront. Geriatrics.— 1987.— Vol. 8, N 1.— P. 43—48.

Ballan S. C., Portnuff J. C., Sikio B. L. et al. Second-look laparotomy in epithelial ovarian carcinoma; precise definition, sensitivity and specificity of the operative procedure//Gynec. Oncol.— 1984.— Vol. 17.— P. 1549160.
Bihl H., Kimming B. Falsch-positive Befunde der 67-Jallium szintigraphie im Staging Restaging von malignen Limphomen//Fortschr. Röntgenstr.— 1987.— Bd 146, H 2.— S. 172—177.
Borrelly J., Crosdidder G., Plavecki S., Boilean S. Analyse d'une serie de tumeursthymiques//Ann. med. Nancy et Est., 1985.— Vol. 24.— P. 279—282.
Bramwell V. H. C., Growther D., Dearin D. P. et al. Combined modality management of local and disseminated adult sofr tissue sarcomas: A review of 257 cases seen over 10 years at the Christie Hospital & Holt Radium Institute, Manchester//Brit. J. Cancer.— 1985.— Vol. 51, N 3.— P. 301—318.
Bui N. B., Marse D., Richaud P. et al. Traitement des sarcomes des tissus mous de l'adulte//Bordéaux med.— 1981.— Vol. 14, N 5.— P. 273—283.
Burgler W., Jaeger P. Diagnostische Parameter und ihre Aussagekraft bei Hodentumoren//Urologe Ausg. A.— 1986.— Bd 25, H. 3.— S. 157—159.
Casey G., Little H. Evaluation of serial Grey Scale ultrasound scans in a gynecologic oncology clinic//Gynec. Oncol.— 1981.— Vol. 11, N 2.— P. 213—217.
Cox J. D. Primary therapy for cancer of the lung.— 1985.//Radiat. Oncol.— New York, 1987.— Vol. 2.— P. 63—72.
Creasman W. T., Fetter B. F., Clarke-Pearsin D. L. et al. Management of Stage IA carsinoma of the cervix//Amer. J. Obstet. Gynec. — 1985.— Vol. 153, N 2.— P. 164—170.
Grosby J. H., Hagr B., Heg K. Transthoracic fin-needle aspiration. Experience in a cancer center//Cancer.— 1985.— Vol. 56, N 10.— P. 2504—2507.
Dalguen P. Entwicklung und Verland des Bronchuskarzinoms//Schweiz. Wshr.— 1987.— Bd 117, H 39.— S. 1439—1447.
D'Angio G. The child cured of cancer: a problem for the internist//Seminars. oncoll.— 1982.— Vol. 9, N 1.— P. 143—149.
Dangeon H. W. Tumours of childhood.— New York, 1960.— 476 p.
Decroix I., Chossein N. A. Experience of the Curie Institute in treatment of cancer of the Mobile Tongue II Management of the neck nodes//Cancer (Philad.).— 1981.— Vol. 47, N 3.— P. 503—508.
De Palo G., Kenda R., Luini A. et al. Resraging of patient with ovarian carcinoma//Obstet. and Gynec.— 1981.— Vol. 57.— P. 96—98.
Dewar J. A., Duncan W. A retrospective study of the role of radiotherapy in the treatment of soft tissue sarcoma//Clin. Radiol.— 1985.— Vol. 36, N 6.— P. 629—632.
Di Saia J. Ph. Concerns about ovarian epithelial cancer. Management//Amer. J. Clin. Oncol.— 1987.— Vol. 10.— N 3.— P. 268—269.
Dunn E. The impact of technology and improved perioperative management upon survival from carcinoma of the pancreas//Surg.— Gynec. Obstet.— 1987.— Vol. 164.— N. 3.— P. 237—44.
Durienx P. Le depistage radiologique du cancer bronchique//Concours. med.— 1987.— Vol. 109, N 17.— P. 1589—1592.
Englund A. Primary prevention of lung cancer//Cancer Prev. Dev. Countries: Proc. 2nd UICC Conf., Nagoya-shi, 1985, Oxford e. a., 1986.— P. 311—314.
Eschwege F. Radiotherapy and combination radiochemotherapy in the treatment of primary cancers of liver, pancreas and bile ducts//Acta gastroent. belg.— 1988.— Vol. 49, N 2.— P. 175—81.
Fentimoin I. S., Millis R., Sexton S. et al. Plunral offision in breast cancer. A review of 105 cases//Cancer. (Philad.).— 1981.— Vol. 47, N 8,— P. 2087—2092.
Festen J., Koolen M. C. J., Jongerius C. M. Significance of screening in trtatment and survival in bronchial carcinoma//Cancer Detect. and Prev.— 1987.— Vol. 10, N 3—4.— P. 175—182.
Fettig O. Epidemiologie und Früherkennung des ovarialkarzinoms//Med. Klin.— 1985.— Bd 80, H 21.— S. 588—591.
Fontana R. S., Sanderson D. R., Taylor W. F. et al. Early lund cancer detection: results of the inital (prevalence) radiologic and cytotoxic screening in the

Mayo Clinic study//Amer. Rev. Resp. Dis.— 1984.— Vol. 130, N 4.— P. 561—565.

Franceschi S., La Vecehia C., Mangioni C. Familial ovarian cancer: eight more families//Gynec. Oncol.— 1982.— Vol. 13.— P. 31—36.

Friedlander M. L. Prognostic variables in epithelial ovarian cancer: a review// Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaec.— 1984.— Vol. 24, N 4.— P. 256—261.

Golimbu M., Joshi P., Sperber A. et al. Renal cell carcinoma: survival and prognostic factors//Urology.— 1986.— Vol. 27, N 4.— P. 291—301.

Gowan L. M. C. Abdominal incisioms and staging in ovarian cancer//Arch. Surg.— 1986.— Vol. 121, N 7.— P. 800—802.

Green M. A., Boice G. D., Green B. E. et al. Acute non — lymphocytic leukemia after therapy with alkylating agents for ovarian cancer//New Engl. J. Med.— 1982.— Vol. 307, N 23.— P. 1416—1421.

Heine M. Pathologische Anatomie, Metastasierungswege und Sradieneinteilung des Bronchialcarcinoma//MTA.— 1988.— Vol. 3, N 6.— P. 476—479.

Heiteux J. P., Cukier J. Cystites pseudo-tumorales//J. Urol.— 1986.— Vol. 92, N 3.— P. 153—158.

Hettig O. Epidemiologie und Früherkennung des ovarialkarzinoms//Med. Klin.— 1985.— Bd 80.— H 21.— S. 588—591.

Jonston F. R. Hippocratesnue never heard of it. The anatomy of a modern epidemic//Amer. Surg.— 1985.— Vol. 51, N 1.— P. 1—7.

Joppi M., Pezzini M. B., Tapparelli E. Washing puncture of Douglas pouch in early diagnosis and follow-up of ovarian tumours//Europ. J. Gynec. Oncol.— 1982.— Vol. 111.— P. 60—63.

Khan O., Wiltshaw E., McGready V. R. Role of ultrasound in the management of ovarian carcinoma//J. Roy. Soc. Med.— 1983.— Vol. 76, N 10.— P. 821—827.

Khouri N. F., Sitik F. P., Erosan Y. S. et al. Transthoracic needle aspiration biopsy of benign and malignant lung lesion//Amer. J. Roentgenol.— 1985.— Vol. 144, N 2.— P. 281—288.

Koss L. G., Woyke S., Olszewski W. Aspiration biopsy. Cytological interpretation and histologic bases.— New York: Igaku-Shoin, 1984.

Kwikkel H. J., Bezemer P. D., Helmerhorst Th. J. M. et al. Predictive value of a positive endocervical curettage in diagnosis and treatment of CIN//Gynec. Oncol.— 1986.— Vol. 24, N 2.— P. 162—170.

Land V. J. Craniofacial resection for tumour of nasal cavity and paranasal sinusis//Amer. J. Surg.— 1988.— Vol. 156.— P. 187—190.

Lanz E., Danbler F., Eissner D. et al. Der Einflus der spinalen Liquordynamik auf die Subarachnoidale Ausbreitung rückmarks — nanapplierter Substanzen//Anaesthesist.— 1986.— H. 1.— S. 4—8.

Larsen R. Anasthesie, Urban Schwarzenberg.— München — Wien — Baltimore, 1985.— S. 7—22.

La Vecehia C., Franceschi S., Liberati A. et al. The clinical relerance of the epidemiology of ovarian cancer//Europ. J. Cancer and Clin. Oncol.— 1984.— Vol. 20, N 2.— P. 175—182.

Leibel S., Tranbough R. F., Wara W. M. et al. Soft tissue sarcomas of the extremities//Cancer.— 1982.— Vol. 50, N 6.— P. 1076—1083.

Lissner J., Sommer B. Computed tomography of mediastinal tumours//Overview. Radiol. Today.— Berlin, 1983.— Vol. 2.— P. 145—149.

Littleton R. E., Homesley H. D., Richards F. Leukomogenesis related to chemotherapy of ovarian carcinoma; a review with three new case reports//Gynec. Oncol.— 1984.— Vol. 19, N 3.— P. 268—277.

Lohe K. Y., Graeff H. Nichtradiologische Masnahmen zwe Diagnostik des Ovarialkarzinoms//Strahlentherapie.— 1982.— Bd 158, H 11.— S. 663—667.

Lucas P.. Spielmann M. Traitment medical des sarcomes des tissue mous de l'adult//Bull. Cancer.— 1985.— Vol. 72, N 3.— P. 183—201.

Maggi G., Giaccone G., Donadio M. et al. A review of 169 cases with particular reference to results of surgical treatment//Cancer.— 1986.— Vol. 58, N 3.— P. 765—776.

Maggi J. I tumori del timo. Considerazioni 54 249 casi operati//Minerva chir.— 1984.— Vol. 39, N 1—2.— P. 1—4.

Mathisen D. J., Jensik P. J. Faler P. L., Kittle F. C. Survival following resection for second and third primary lung cancers//J. thorac. cardiovasc. Surg.— 1984.— Vol. 88, N 4.— P. 502—510.

McJowan L. Abdominal incisions and staging in ovarian cancer//Arch. Surg.— 1986.— Vol. 121, N 7.— P. 800—802.

Neumann G. Prävention des Lungen — Krebses — Möglichkeiten der Früherkennung//Atemwegs und Lungenkrankh.— 1986.— Bd 12, H 10.— S. 499—508.

Panning B. Die Sogenannte venöse Lüfttmbolie//Anaesthesist.— 1987.— Bd 36, H 3.— S. 111—115.

Parioh J. M., Posenow E. C., Muhn J. R. Tumeurs mediastinales//Tempo med.— 1985.— N 192.— P. 72—76.

Pfleiderer A. Diagnosis and staging of ovarian cancer//J. Cancer Res.— 1984.— Vol. 107, N 2.— P. 81—88.

Pignataro O. Indications, limites, advantages resultats de l'evidement fanctional du coi Actualites de carcinologie cervice faciole N 7. Adenopathiec cervicales malignes Coordinateur J. Pinel et J. Leroux Robert Masson, 1982.— P. 90—93.

Potter D. A., Kinsella T., Glatstein E. et al. High-grade sofr tissue sarcomas of the extremities//Cancer.— 1986.— Vol. 58, N 1.— P. 190—205.

Pridun N. Bronchuskarzinom Chirurgie und Ergebnisse Krebsgeschehen.— 1986.— Bd 18, H. 3.— S. 73—75.

Pulmonary emergencies/Ed. by S. A. Sahn.— Livingstone.— New York: Churchill.— 1985.— 448 p.

Qu J., Sun A., Lien L. Laparoscopy in the diagnosis and management of ovarian cancer//J. Reprod. Med.— 1984.— Vol. 29, N 7.— P. 483—488.

Rome R. M., Chanen W., Ostor A. G. Preclinical cancer of the cervix: diagnostic pitfalls//Gynec. Ancol.— 1985.— Vol. 22, N 3.— P. 302—312.

Robin R. E., Powell D. D. Diagnostic errors in cancer of nasal cavity and paranasal sinuses//Arch. Otolaryng.— 1981.— Vol. 107, N 3.— P. 138—140.

Ries G., Linder H., Hötzinger H. et al. Periphere Weichteilsarcome//Strahlentherapie.— 1984.— Bd 160, H 6.— S. 357—362.

Schmitt G., Schnabel K., Scherer E., Schule U. Die Bedeutung der weichteilnsarkome//Radiologie.— 1983.— Bd 23, H 11.— S. 518—522.

Scidenfeld I. I. Screening for bronchogenic carcinoma//Ann. Intern. Med.— 1985.— Vol. 102, N 6.— P. 851—852.

Seltzer J. L., Ritter D. E., Starsnis M. A., Marr A. T. The hemodynamic response to traction on the abdominal masantery//Anaesthesiology.— 1985.— Vol. 63, N 1.— P. 96—99.

Shepherd M. P. Multiple primary pulmonary malignancy//Brit. J. Hosp. Med.— 1985.— Vol. 34, N 3.— P. 165—167.

Spreafico G., Calabro F., Bindo K. et al. Resultati a sanni della chirurgia del cancro del polmone stadio I e II//Minerva Chir.— 1985.— Vol. 40, N 11.— P. 779—782.

Stanley K., Stjernswärd J., Koroltehouk V. Cancers of the stomach, lung and breast: mortality trends and control strategies//Worlf Hlth Statist. Quart.— 1988.— Vol. 41, N 3—4.— P. 107—144.

Straiss M. Hemilaryngeltomie rescue surgery for radiation failu in early glottic carcinoma//Laryngoscope.— 1988.— Vol. 98, N 3.— P. 317—320.

Struve-Christensen E., Brynitz S. Transkarinal mediastinal nolebiopsi (TWN). Et supplement til den Konventonelle bronkoskopi//Ugeskr. laeger.— 1987.— Vol. 149, N 16.— P. 1061—1063.

Swoboda L., Toomes H. Results of surgical treatment for pulmonary metastases// J. thorac. cardiovasc. Surg.— 1986.— Vol. 34, Spec. issue, N 2.— P. 149—152.

Tao L. C. Transthoracic fine-needle aspiration biopsy. Cytomorphologic interpretation and its histologic bases//Chest.— 1986.— Vol. 89, N 4.— P. 328—330.

Temek B. K., Flehinger B. J., Martini N. A prospective analysis of 10-year survivors from carcinoma of the lung//Cancer.— 1984.— Vol. 53, N 6.— P. 1405—1408.

Teroso-Tess J. D., Pizzocaro G., Lanoni F., Musumeci R. Lymphangiography and computerized tomography in testicular carcinoma//J. Urol.— 1985.— Vol. 133, N 6.— P. 967—970.
Tiwari R., Snow B. Role of myocutaneous flaps in reconstruction of the head and neck//J. Laryng.— 1983.— Vol. 97, N 5.— P. 441—458.
Tockman M., Gupta P., Myers J. et al. Sensitive and specific monoclonal antibody recognition of human lung cancer antigen on preserved sputum cells: A new approach to early lung cancer detection//J. Clin. Oncol.— 1988.— Vol. 6, N 11.— P. 1685—1693.
Toomes H., Delphendahl A., Manke H., Vogt-Moykopf I. The coin lesion of the lung//Cancer.— 1983.— Vol. 51, N 3.— P. 534—537.
Tubiana M., Haddad E., Schlumberger M. External Radiotherapy in Thyroid Cancers//Cancer.— 1985.— Vol. 55, N 9.— Suppl.— P. 2662—2672.
Verley J., Hollman K. H. Timoma: a comparative study of clinical stages, histologic theatres and survival in 200 cases//Cancer.— 1985.— Vol. 55, N 5.— P. 1074—1086.
Vlahoussis A. P., Kaplanis C. W., Lis J. S., Papadimitrion J. C. A rare case of umbilical metastasis from primary ovarian carcinoma//Int. Surg.— 1982.— Vol. 67, N 4.— Suppl.— P. 535—536.
Wagner W., Bathler H. D., Potter R. Zum gegemvartigen Stand der Thymomtherapie//Strahlenther. und Oncol.— 1987.— Bd 163, H 1.— S. 17—22.
Wood W. C., Suit H. D., Mankin H. et al. Radiation and conservative surgery in the treatment of soft tissue sarcoma//Amer. J. Surg.— 1984.— Vol. 147, N 4.— P. 537—540.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Практическое руководство

Валерий Иванович Чиссов
Александр Харитонович Трахтенберг

ОШИБКИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ОНКОЛОГИИ

Зав. редакцией *Э. М. Попова*
Научный редактор *Ю. Л. Розанов*
Редактор издательства *Н. В. Кирсанова*
Редактор *Г. И. Валькова*
Художественный редактор *А. Г. Прозоровская*
Технические редакторы *З. А. Романова, В. И. Табенская*
Корректор *Л. Ф. Егорова*

ИБ-5260

Сдано в набор 20.02.91. Подписано к печати 05.08.91. Формат бумаги 60×90[1]/16. Бумага тип. № 2. Гарнитура Литературная. Печать высокая. Усл. печ. л. 37,50. Усл. кр.-отт. 37,50. Уч.-изд. л. 41,82. Тираж 20 000 экз. Заказ № 831.

Ордена Трудового Красного Знамени издательство «Медицина». 101000, Москва, Петроверигский пер., 6/8.

Московская типография № 11. 113105, Москва, Нагатинская ул., д. 1.

К СВЕДЕНИЮ ЧИТАТЕЛЕЙ!

Из плана выпуска книг издательства «Медицина» на 1992 г.

ДАРЬЯЛОВА С. Л., ЧИССОВ В. И. **Диагностика и лечение злокачественных опухолей.** — М.: Медицина. — 1992.

В книге представлены основы современной концепции комбинированного и комплексного лечения онкологических больных и конкретные рекомендации по диагностике и лечению опухолей основных локализаций. Применительно к каждой локализации злокачественных опухолей последовательно (от простых к сложным) изложены мероприятия по первичной и уточняющей диагностике, критерии для выбора метода лечения в зависимости от основных факторов прогноза. Указаны последовательность использования компонентов комбинированного и комплексного воздействий, интервалы между их применением, принципы хирургического лечения, подробно описаны методики лучевого и лекарственного лечения.

Для онкологов.

-

и-
о-
и-
а-
ой
а-
ть
й-
е-
ия.

ми-
лы

уры




ОШИБКИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ОНКОЛОГИИ